

# KOTILOMAKYS ELY AIVOVERENKIERTOHAIRIO- KUNTOUTUJILLE JA HEIDAN OMAISILLEEN

Mari Pasanen

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala		
Koulutusohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn tekijä(t) Mari Pasanen		
Työn nimi Kotilomakysely aivoverenkiertohäiriökuntoutujille ja heidän omaisilleen		
Päiväys	Sivumäärä/Liitteet	42/49
Ohjaaja(t) Anne Kanto-Ronkanen		
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kotilomakysely aivoverenkiertohäiriöön sairastuneelle ja hänen omaiselleen Suomen aivotutkimus ja –kuntoutuskeskus Neuronin. Kotilomakyselyllä pyrittiin tuomaan realistinen kuva kuntoutujan tilanteesta hänelle itselleen, omaisille ja toimintaterapeuteille ja kohdentamaan kuntoutuksen suunnittelua tarkemmin kuntoutujien arkiympäristöön. Akuutit aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet kuntoutujat ovat tulleet Neuronin suoraan sairaalasta. Kuntoutujat pääsevät kuntoutuksen edistyttyä viikonlopun mittaisille kotilomille omaisen kanssa. Neuronin henkilökunnalla ei ole mahdollista tehdä yleensä kotikäyntejä, sillä kuntoutujat asuvat ympäri Suomea.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kotilomakysely toimintaterapeuteille moniammatilliseen työskentelyyn soveltuen. Opinnäytetyön aineiston kokoaminen tapahtui aikaisempaan teorianäytteen tutustuen, aikaisempien kotilomakyselyiden kartoittamisella ja uuden kotilomakyselyn kehittämällä. Kotilomakyselyä kehitettiin Neuronin toimintaterapeuttien kanssa kolmessa yhteistyöpalaverissa. Toimintaterapeutit testasivat kotilomakyselyn toimivuutta kuntoutujien ja heidän omaistensa kanssa. Tämän jälkeen muokattiin kehittämistä vaativat kohdat kotilomakyselystä uudelleen. Kotilomakyselyn viimeisimmästä versiosta saatiin palaute Neuronista sähköpostitse ja puhelimitse.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä käytettiin Ihmisen toiminnan mallia ja toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta ICF:ää. Teoreettisella viitekehyksellä pyrittiin kotilomakyselyn asiakaslähtöisyyteen ja moniammatillisen työskentelyn kehittämiseen. Kahden eri viitekehyksen käyttö täydensi kattavammin kotilomakyselyä ja koko opinnäytetyöprosessia.</p> <p>Neuronin toimintaterapeutit ovat olleet tyytyväisiä kotilomakyselyyn. Tällä hetkellä kotilomakysely vastaa tarpeeseen, on selkeä ja sillä saadaan tarvittavaa tietoa kotiloman ajalta. Alun perin aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille ja heidän omaisilleen suunnattu kotilomakysely on suunniteltu otettavaksi käyttöön myös Neuronin muiden kuntoutujien kotilomien arviointiin.</p>		
<p>Avainsanat</p> <p>aivoverenkiertohäiriöt, asiakaslähtöisyys, moniammatillinen työskentely, kotilomakysely, ICF, Ihmisen toiminnan malli</p>		

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Occupational Therapy			
Author(s) Mari Pasanen			
Title of Thesis Home leave questionnaire for rehabilitators suffering from stroke and their family			
Date		Pages/Appendices	42/49
Supervisor(s) Senior Lecturer Anne Kanto-Ronkanen			
Project/Partners The Finnish Brain Research and Rehabilitation Center Neuron			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to develop a home leave questionnaire for persons suffering from stroke and their family. The questionnaire is to be used at the Finnish Brain Research and Rehabilitation Center Neuron. With the home leave questionnaire I tried to create a realistic view of the rehabilitator's condition/situation to themselves, to their family and to the occupational therapists and to better target the planning of rehabilitation on the rehabilitator's every-day environment. The rehabilitators suffering from acute stroke have come to Neuron straight from hospital. After advancement in the rehabilitation the rehabilitators will be able to have weekend- long home leaves with their families. Neuron's personnel do not have the possibility to make home-calls since the rehabilitators live all around Finland.</p> <p>Neuron did not have a functional home leave questionnaire and the occupational therapists wished to have one for use in multi professional work. Collecting of material for this thesis resulted by familiarizing oneself with previous theories, surveying the previous home leave questionnaires and developing a new home leave questionnaire. The home leave questionnaire was developed in co-operation with occupational therapists in three meetings. The therapists tested the functionality of the home leave questionnaire with rehabilitators and their families. After the test, the parts of the questionnaire which needed to be improved were modified. Neuron gave feedback of the last version of the home leave questionnaire by e-mail and by phone.</p> <p>The theoretical frames for this thesis were the Model of Human Occupation and the International classification of functioning, disability and health, ICF. With the use of these theoretical frames I tried to develop a user-friendly/ customer oriented home leave questionnaire also for developing multi professional work. The use of two different frames helped to finalize the home leave questionnaire and the whole thesis process more comprehensively. Neuron's occupational therapists have been content with the questionnaire. At the moment, the home leave questionnaire is filling a need. It is clear and it will provide the needed information from the period of home leave. The home leave questionnaire originally designed for stroke patients and their families has been planned to be taken for use to also valuate Neuron's other rehabilitators' home leaves.</p>			
<p>Keywords</p> <p>stroke, client-centred, multiprofessional work, questionnaire, ICF, Model of Human Occupation</p>			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	AVH ELI AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT.....	8
2.1	Aivoverenkiertohäiriöiden oireet.....	8
2.2	Oireiden näkyminen päivittäisissä toiminnoissa ja toimintaterapia.....	10
3	AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖÖN SAIRASTUNEIDEN KUNTOUTUS.....	12
3.1	Kuntoutuksen lähtökohta ja ohjaus.....	13
4	INHIMMILLISEN TOIMINNAN MALLI - MOHO.....	16
4.1	Yksilöön vaikuttavat tekijät.....	17
4.2	Ympäristö.....	19
4.3	Tekeminen.....	20
4.4	Toiminnallinen identiteetti ja pätevyys.....	20
4.5	Toiminnallinen adaptaatio.....	20
5	MONIAMMATILLINEN TYÖSKENTELY JA ICF-LUOKITUS.....	22
5.1	ICF -luokituksen ja MOHO:n väliset erot.....	24
6	KEHITTÄMISPROSESSI.....	26
7	KOTILOMAKYSelyn SUUNNITTELU.....	29
8	KOTILOMAKYSelyn KEHITTELY.....	30
9	KOTILOMAKYSelyn VIIMEISTELY.....	34
10	POHDINTA.....	35
10.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	35
10.2	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus.....	36
10.3	Jatkotutkimusaiheet.....	37
	LÄHTEET.....	39

## LIITTEET

Liite 1. Saatekirje kotilomakyselystä kuntoutujille ja heidän omaisilleen

Liite 2. Kotilomakysely

Liite 3. Kotilomakyselyn ohje henkilökunnalle

## KUVIOT

Kuvio 1. Toiminnallisen adaptaation malli

Kuvio 2. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet

Kuvio 3. Kehittämistyön eteneminen

## 1 JOHDANTO

Aivohalvauksen esiintyvyydeksi on arvioitu Suomessa vuoden 2009 alussa 82 000 henkilöä, jolloin yksi kuudesta suomalaisesta sairastuu aivoverenkiertohäiriöön elinaikanaan. Ennusteen mukaan 2030-luvulla Suomessa ilmenee vuosittain yli 20 000 uutta aivohalvaustapahtumaa väestön ikääntymisestä johtuen. (Aivoinfarktin Käypä hoito-suositus, 2011.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kotilomakysely kotona selviytymisen arviointiin aivoverenkiertohäiriöön sairastuneelle ja hänen omaiselleen: olemassa olevien lomakkeiden arviointi ja niistä Suomen aivotutkimus ja -kuntoutuskeskus Neuronin uuden muokkaaminen. Opinnäytetyön aihe saatiin koululle tilattujen opinnäytteiden kautta. Työn tilaaja oli Neuronin kuntoutusosasto. Aihe valittiin kiinnostuksen perusteella ammatillisen osaamisen parantamiseksi esimerkiksi tiedonhankinnan, arvioinnin ja kehittämistyön teon osalta. Opinnäytetyö tehtiin toimeksiannon toteuttajana Neuronin toimintaterapeuteille ja muille kuntoutuslaitoksessa kuntoutujien kanssa työskenteleville.

Kotilomakyselyn tavoitteena oli kohdentaa kuntoutusta oikeaan paikkaan ja tuomaan realistinen kuva tilanteesta kuntoutujalle, omaiselle ja toimintaterapeuteille moniammatilliseen yhteistyöhön. Toimintaterapeuttien osalta kotilomakyselyllä pyrittiin saamaan lisätietoa kuntoutujasta. Kotilomakyselyllä oli tarkoitus parantaa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutujien toimintakykyä ja heidän omaistensa näkemystä aiheesta selvittämällä entistä tarkemmin kuntoutujan tilannetta heidän normaalissa arkiympäristössään. Kuntoutujien ja heidän omaistensa mielipiteiden kuuleminen on ensiarvoisen tärkeää asiakaslähtöisessä työskentelyssä.

Kehittämistehtävänä oli luoda ja ottaa käyttöön lomake, jolla selvitetään akuuttien AVH-kuntoutujien kotona selviytymistä viikonlopun kestäväällä kotilomalla. Kehittämistutkimuksen tavoitteeksi voidaan määritellä tiettyyn yksittäiseen kohteeseen erityisen perustellusti sopivan ratkaisun tuottaminen (Tamminen, 1993,155).

Neuron on neurologinen kuntoutuskeskus, jonka palveluja saa Kuopiossa ja Kortejoella. Palveluihin kuuluvat yksilöllinen kuntoutus, kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit, ammatillinen kuntoutus ja poliklinikkapalvelut. Aivohalvauskuntoutus on yksilö- ja ryhmämuotoista kuntoutusta, jota tehdään moniammatillisesti. Myös omaisia ja läheisiä tuetaan heille suunnatulla ohjauksella. (Neuron, 2010.)

Neuronissa on oma kuntoutujien tulohaastatteluun liittyvä lomake, jossa kartoitetaan myös kotona selviytymistä. Uutta kyselyä on ollut tarkoitus käyttää silloin, kun kuntoutuja lähtee Neuronista viikonlopun ajan kestäväälle kotilomalle. Tällöin kuntoutujat ovat tulleet Neuroniin usein sairaalasta ja ovat vielä akuutissa vaiheessa kuntoutumisensa. Toimintaterapeutti tai osastojen henkilökunta antavat lomakkeen kuntoutujalle ja omaiselle, jotka täyttävät sen kotiloman aikana. Näin kuntoutujan kotona selviytymisestä saadaan parempi kuva kuntoutusjakson aikana. Tämä helpottaa myös kuntoutuksen suunnittelua jatkossa sekä kotiympäristöön siirtymisessä.

Teoreettisena viitekehyksenä käytettiin Inhimillisen toiminnan mallia (Model of Human Occupation) – MOHOA, joka perustuu asiakaslähtöisyyteen. Kotilomakyselyn suunnittelussa käytettiin toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisestä ICF-luokitusta, joka tarjoaa Neuronin moniammatilliselle hoito- ja kuntoutustyölle yhtenäisen kielen kotilomakyselyn käyttöön.

Opinnäytetyön alkuosassa käsiteltiin teoriaa aivoverenkiertohäiriöön, päivittäisiin toimintoihin ja kuntoutukseen liittyen, jolla pyrittiin ottamaan huomioon kohderyhmän mahdolliset elämäntilanteet. Teoriaosassa esiteltiin Inhimillisen toiminnan mallin pääkohtia ja toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF-luokituksen, jotka toimivat pohjana kotilomakyselyn kehittämisessä. Opinnäytetyön lopussa käydään kotilomakyselyn prosessin vaiheet. Kotilomakyselyä on testattu Neuronissa kohderyhmään kuuluvien kuntoutujilla ja heidän omaisillaan. Työn kehittymistä ovat edistäneet Neuronin toimintaterapeuttien kanssa pidetyt yhteispalaverit, joissa heidän käytännön työkentän kokemuksista ja kuntoutujien kotilomakyselyn palautteesta nousi huomioitavia asioita kyselyn muokkaamiseen ja kehittämiseen.

## 2 AVH ELI AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT

Kuikka, Pulliainen & Hänninen (2001, 280) jakavat aivoverenkiertohäiriöt kahteen pääryhmään: paikallisesta aivokudoksen verettömyydestä aiheutuviin häiriöihin eli iskemioihin ja paikallisiin aivovaltimon verenvuotoihin eli hemorragioihin. Iskemiat voivat aiheuttaa paikallista aivokudostuhoa eli infarktin tai ne voivat olla ohimeneviä kohtauksia (transient ischemic attack, TIA). Ohimenevät kohtaukset saattavat ennakoita tulevaa aivoinfarktia. Aivoverenkiertohäiriöitä aiheuttavia sairauksia jaotellaan tautitiloihin seuraavasti: lukinkalvonalainen verenvuoto, aivojensisäinen verenvuoto ja aivoinfarkti (Korpelainen, Leino, Sivenius, Kallanranta, 2008, 253-255).

Aivoinfarktin syynä voi olla varsinaisten aivoverisuonten tai aivoihin verta tuovien kaula- tai nikamavaltimoiden ahtautuminen ja vähittäinen tukkeutuminen. Valtimovuodot tai valtimorepeämät tapahtuvat aivoja ympäröivän lukinalvon alla, jolloin puhutaan subaraknoidaalivuodosta (SAV) tai aivojen sisällä, jolloin puhutaan aivoverenvuodosta (intracerebraalinen hemorragia, ICH). Aivoverenkiertohäiriöistä noin 80% on infarkteja, noin 10% aivoverenvuotoja ja loput lukinkalvonalaisia vuotoja. Aivoverenvuotojen ilmaantuvuus on n. 26-40/100 000 vuodessa. (Kuikka, Pulliainen & Hänninen, 2001, 280.)

AVH-häiriöt aiheuttavat enemmän laatu- ja elinvuosien menetystä kuin mikään muu sairaus, sillä puolelle eloonjääneistä jää pysyviä haittoja. Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu vuosittain noin 12 000 henkilöä. (Kaste, Hernesniemi, Järvinen ym. 2001, 247-296.) ”Kolmen kuukauden kuluttua halvauksesta noin 50-70 % on toipunut päivittäisissä toiminnoissaan itsenäisiksi, 15-30% on jäänyt pysyvästi vammautuneiksi ja noin 20% tarvitsee laitoshoidoa” (Aivoinfarktin Käypä hoito –suositus, 2011). Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitoketjujen toimivuutta, vaikuttavuutta ja kustannuksia on tilastoinut Suomessa Stakes työpapereissa 23/2007.

### 2.1 Aivoverenkiertohäiriöiden oireet

Kognitiivisten kykyjen, persoonallisen ilmaisun ja liikunnan vajeiden takia AVH:n aiheuttama vammaisuus on monisäikeinen. Isoaivojen verenkiertohäiriö aiheuttaa tyypillisesti sensomotorisen toispuolihalvauksen. Toispuolihalvaus eli hemipareesi esiintyy AVH:n akuuttivaiheessa 70-85%:lla potilaista. (Korpelainen ym., 2008, 253-255.)



Hemipareesi on tyypillinen aivoinfarktin jälkeinen oire, joka on yleensä vaikeampi yläraajassa kuin alaraajassa. (Kaste, Hernesniemi, Järvinen ym. 2001, 296).

Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat potilaille usein erilaisia kognitiivisia häiriöitä. Eri-tyishäiriöihin kuuluva mm. puhehäiriöt, toimintojen ohjauksen häiriöt ja motoristen tahdonalaisten liikkeiden häiriöt, tunnistamisen häiriöt ja havainnoimishäiriöt. Yleisiin kognitiivisiin häiriöihin kuuluvat AVH:n jälkeinen henkisen tason lasku, oiretiedostamattomuus sekä muistin että käyttäytymisen häiriöt. (Korpelainen ym., 2008, 253-255.) Afasiaa esiintyy noin kolmasosalla potilaista ja lisäksi saattaa esiintyä lukemis-, kirjoittamis- ja laskemishäiriöitä. Kognitiivisiin häiriöihin lukeutuvat myös apraksia, joka tarkoittaa vaikeutta tahdonalaisten liikkeiden suorittamisessa, sekä agnosiat eli tunnistamisen häiriöt. Kuntoutumista saattaa oleellisesti vaikeuttaa vastakkaisen havaintokentän puutos ja oman kehon huomiotta jättäminen, neglect. (Kaste ym. 2001, 296.)

Aivoverenkiertohäiriön akuuttivaiheelle ovat tyypillisiä potilaan toimintojen yleinen hidastuminen, epävarmuus, ahdistus, mielialaherkkyys ja masentuneisuuden lisääntyminen. (Korpelainen ym., 2008, 253-255; Gillen, 2001, 643-649; Kaste ym. 2001, 296; Grieve, & Gnanasekaran, 2009, 65-66). Kuntoutuja joutuu usein sulautumaan kokonaan erilaiseen elämäntyyliin ja suunnittelemaan uudenlaista tulevaisuutta (Morgans & Gething, 2002, 477).

Aivoverenkiertohäiriön näkyvin seuraus on fyysisen toimintakyvyn muutos, mutta oireet eivät rajoitu siihen. Sairauden vaikutukset ilmenevät eri tavoin myös psyykkisessä, persoonallisessa ja sosiaalisessa toimintakyvyssä. (Numminen, 1998, 58-60.) Nämä edellä mainitut häiriötekijät jouduttiin ottamaan huomioon kyselykaavakkeen suunnittelussa.

AVH-potilaan selviytymiseen vaikuttavat kunkin yksilön toimintatavoitteet, kompensatiokeinot, elinympäristö ja ulkoisen avun määrä. Päivittäisten toimintojen selviytyminen (ADL) käsitetään yleisesti yhteisnimitykseksi, joka sisältää perustoiminnoista (physical / primary activities of daily living, PADL) ja asioiden hoidosta (instrumental activities of daily living IADL) selviytymiseen. Henkilön toimintakyvyn tasolla perustoiminnoista ja henkilökohtaisesta hygieniasta selviytyminen kuvastaa lähinnä fyysistä toimintakykyä, kun taas asioiden hoidosta selviytyminen edellyttää sekä psyykkistä että sosiaalista toimintakykyä. Perustoimintoihin kuuluvat mm. syöminen, pukeutuminen, peseytyminen, sisällä ja ulkona liikkuminen ja henkilökohtainen hygienia. Asioiden hoitoa arvioitaessa kiinnitetään huomiota taloustöistä, vaatehuollosta, ruoan val-

mistuksesta, lääkkeiden käytöstä, raha-asoiden hoidosta, kulkuvälineissä liikkumisesta, puhelimen, television, radion käytöstä sekä talon sisä- ja ulkotöistä selviämiseen. Vuoden kuluttua AVH:sta 8-28% potilaista tarvitsee jatkuvasti toisen henkilön apua. Kuitenkin suurin osa (53-76%) on päivittäisissä toiminnoissa itsenäisiä. (Korpelainen, Leino, Sivenius, Kallanranta, 2008, 254-255.)

## 2.2 Oireiden näkyminen päivittäisissä toiminnoissa ja toimintaterapia

Kuntoutujan mahdollisten oireiden näkymistä päivittäisissä toiminnoissa on helpompi ymmärtää konkretisoimalla toimintaa, jota käsiteltiin seuraavaksi. Lihasjänteys voi aivoverenkiertohäiriöissä päivittäisten toimien osalta näkyä esimerkiksi kehon keskilinjan löytämisen vaikeutena. Painon jakautumisen vaikeudet ilmenevät istuessa tai seisoessa kyvyttömyytenä siirtää painoa vasemmalta oikealle tai takaa eteen, jolloin siirtyminen esimerkiksi sängystä ja tuolista on mahdotonta. Lihasvoiman puuttumisen tai vähenemisen vuoksi toiminnallisia vaikeuksia ilmenee esimerkiksi tasapainoisessa istumisessa tai seisomisessa pukeutumisen tai ruuan valmistuksen yhteydessä. Tunnon puuttuminen kasvattaa tapaturman riskiä. Esimerkiksi jos vasemman puolen huomiointi puuttuu tunnon lisäksi, kuntoutujalla on isompi riski polttaa itsensä ruuan laitton yhteydessä tai jäädä auton alle ylittäessään katua.

Puheen ja käyttäytymisen ongelmat ilmenevät helposti eristäytymisenä muista ihmisistä. Monille kuntoutujille voi tulla hallitsemattomia emotionaalisia tilanteita, jolloin he nauravat tai itkevät sopimattomissa tilanteissa. Turhautuminen ja aggressio korostuvat erityisesti puhevaikeuksien yhteydessä. Nämä muutokset voivat stressata kuntoutujaa ja hänen perhettään, jotka eivät ymmärrä yhdistää häiriötä aivoverenkiertohäiriön tuottamiksi. Toimintaterapiassa kuntoutuja voi päättää haluamansa toiminnot valitsemassaan ympäristössä huolimatta toiminnallisista aivoverenkiertohäiriön ongelmista. Toimintaterapeutti pyrkii auttamaan kuntoutujaa löytämään sopivat toimintatavat mahdollisimman itsenäiseen toimintaan joko harjoittamalla entisiä taitoja tai korvaamaan ne uusilla. (Morgans & Gething, 2002, 477-485.)

Itsenäinen päivittäisten toimien (ADL) suoriutuminen on kohentunut akuutin aivohalvauksen jälkeisessä kuntoutuksessa useissa tutkimuksissa. Tekijät, joiden on nähty ennustavan hyvää elämänlaatua aivohalvauksen jälkeen, ovat perheen tuki, itsenäisyys ADL toiminnoissa ja hyvä palvelujen saanti. (Woodson, 2008, 1010-1011).

Käypähoito-suosituksen mukaan toimintaterapiasta on hyötyä erityisesti päivittäisten perus- ja sekundaaristen toimintojen kuntouttamisessa. Kuntoutuksena se lisää ja vahvistaa sosiaalista osallistuvuutta sekä lisää yleistä aktiivisuutta. (Aivoinfarktin Käypä hoito-suositus, 2011, 32). Legg, Drummond ja Langhorne (2009) ovat kirjallisuuskatsauksessaan tutkineet toimintaterapian vaikuttavuutta halvauspotilailla, joilla on ongelmia päivittäisissä ongelmissa. Tutkimuksen mukaan potilaat, jotka saapuvat toimintaterapiaan ovat vähemmän rappeutuneita ja haluavat säilyttää itsenäisyyden kyvyn päivittäisissä toiminnoissaan. Tutkimuksessa korostuu toimintaterapian tarkka määrittely, jotta sillä saavutettaisiin maksimaalinen hyöty.

### 3 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖÖN SAIRASTUNEIDEN KUNTOUTUS

Toimintojen kuntoutuminen tapahtuu nopeimmin ensimmäisestä kuukaudesta kolmanteen, mutta hitaampaa kohentumista tapahtuu noin vuoden ajan Waden (1992) tutkimuksen mukaan. (Woodson, 2008, 1011). Neuronissa on tehty kolmen vuoden satunnaisesti kontrolloitu seurantatutkimus 65-vuotiaille tai kyseisen iän ylittäneille aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille kuntoutujille ja heidän omaisilleen. Tutkimus käsitti moniulotteisesti kuntoutuksen vaikuttavuutta ja taloudellisuutta interventiojaksoihin liitettynä. Osana tutkimusta positiivisia muutoksia tapahtui esimerkiksi IADL-toimintojen, mielialan, muistin ja sosiaalisen käyttäytymisen osalta interventioyhtymässä. Interventiolla ei ollut vaikutusta fyysisiin kykyihin tai ADL-toimintoihin potilailla, joilla oli yli kuusi kuukautta tai pidempi aika sairastumisestaan. Tutkimus osoittaa, että pitkään tapahtuva kuntoutus voi olla hyödyllistä. Toisaalta motoristen perustaitojen ja päivittäisten toimintojen harjoittelun tulisi kohdentua heti kuntoutuksen alkuvaiheeseen. (Pitkänen, 2000, 106-107.)

Kuntoutuksen alussa pyritään palauttamaan ja aktivoimaan menetettyjä toimintoja mahdollisimman suuressa määrin. Siinä vaiheessa, kun tässä tavoitteessa ei edisty, sovelletaan menetettyjä kykyjä korvaavia menetelmiä ja toimenpiteitä. Näitä voivat olla apuvälineet, erilaiset korvaavat kommunikaatiokeinot, sopeutumisvalmennus ja työjärjestelyt. Kaikkein vaikeimmin vammautuneilla liikunnallisen kuntoutumisen tavoitteeksi voi jäädä oppiminen kääntymään vuoteella, istuma-asentoon nouseminen tai siirtyminen vuoteesta pyörätuoliin. Toimintaterapian yhteydessä selvitetään, mitä yksilöllisiä apuvälineitä ja muutostöitä tarvitaan. Usein kotikäynti on aiheellinen. Motoristen haittojen ohella potilaan toimintakykyyn, itsenäisen asumisen ja sosiaalisen osallistumisen mahdollisuuksiin vaikuttavat keskeisesti myös kognitiiviset sekä persoonallisuuden ja tunne-elämän häiriöt. Vamman vaikutukset hahmottuvat vasta kun vammautunut on palannut kotiympäristöönsä tavanomaisten toimiensa pariin. Potilas ei usein tunnista omia oireitaan ja hänellä on epärealistinen kuva omasta toimintakyvystään. (Palomäki & Koskinen, 2008, 283.) Katso Käypä hoito-suositus: Aivoinfarkti.

Vamman tyyppi, koko ja sijainti vaikuttavat kuntoutumiseen. Lisäksi ikä, muut sairaudet kuten diabetes, dementia, masennus tai sydänsairaudet voivat vaikuttaa optimaaliseen toiminnalliseen kuntoutukseen. (Woodson, 2008, 1010.) Jotkut potilaista eivät välttämättä edisty parhaimmassakaan kuntoutuksessa paljon pitkällä aikavälillä, kun taas toiset kuntoutuvat melko spontaanisti pienellä avulla lyhyessä ajassa (Gillen, 2001, 667). Kuntoutuksen tavoitteita aseteltaessa kuntoutujan ja ammattihenkilöstön

on hyvä miettiä yhteisesti edellytyksiä, mitkä kulloinkin ovat olemassa. Vaikeissa halvauksissa ei ole edellytyksiä kuntoutua samanlaiseen toimintakykyyn kuin lievissä halvauksissa. (Turun yliopistollinen keskussairaala, 2001, 35.)

### *Lääkinnällinen kuntoutus*

Lääkinnällistä kuntoutusprosessia rajoittaa aika, mutta perheenjäsenten ja hoitajien toteuttama omatoiminen kuntoutusprosessi voi jatkua hyvin pitkään. Parhaiten toipuvat ne potilaat, joiden perhe on aktiivisesti mukana ja jotka jatkavat kuntoutusprosessia kauan sairaalasta kotiutumisen jälkeen. (Powell, 2005, 50.) Amerikkalaisessa tutkimuksessa on määritelty sairaalasta kotiutuvien halvauspotilaiden kehittymistä kotikuntoutuksessa toiminnallisuuden, yhteiskuntaan sopeutumisen ja terveen elämänlaadun kannalta kolmen kuukauden jälkeen halvauksesta. Kotona kuntoutumisen jälkeen näkyi merkittävä hyöty IADL-toiminnoissa ja yhteiskuntaan sopeutumisessa. Myös fyysinen terveys oli kohentunut selvästi. (Mayo, Wood-Dauphinee, Cote ym. 2000.) (Vrt. Holmqvist, von Koch, Kostulas, ym. 1998.)

Kun potilaan lääkinällinen laitostuntoutus loppuu ja hän palaa kotiinsa, hänen toimintakykynsä heikkenee, elleivät perheenjäsenet ole mukana kuntoutusohjelmassa. Perheen tulee olla kuntoutusprosessissa mukana ja heidän on saatava oikeaa tietoa sekä neuvontaa. Lisäksi vamman saanut tarvitsee neuvontaa pystyäkseen parantamaan käsitystä omasta itsestään, tunnistamaan muutokset ja sopeutumaan emotionaalisesti vaurioon. (Powell, 2005, 51-53.) Mäntysen tutkimuksessa (2007, 126-127) tuli esille kuntoutujien läheisten kokema stressi, joka vahvistaa heidän osallisuutensa tukemista kuntoutumisprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksen lähes puolella kuntoutujista ilmeni masentuneisuutta ja puolella kuntoutujien läheisistä on stressioireita.

### 3.1 Kuntoutuksen lähtökohta ja kuntoutujan ohjaus

Kuntoutuksen lähtökohtana on aivotutkimuksen tuoma tieto aivojen muovautuvuudesta, plastisuudesta. Vaurioitunutkin hermoverkko voi ehjien osalekkien varassa oppia uutta, ja ehjinä säilyneet hermoverkot voivat harjaantua uudennlaisiin toimintoihin. Kognition kuntoutumisessa on kysymys enemmän taitojen harjaantumisesta kuin tietojen oppimisen lainalaisuuksista. Kuntoutujalta tämä vaatii tiivistä ja pitkäkestoista harjoittelua. Kuntoutuksen alkutavoitteena on potilaan auttaminen tietoiseksi harjoittelun tarpeesta. Masentuneen tai ahdistuneen kuntoutujan on vaikea innostua kuntouksesta, joten mielialahäiriöiden vähenemisellä on merkitystä potilaan kuntoutumisen kannalta. Kuntoutujan perheen on tärkeää ymmärtää, miten kuntoutujan kognitii-

vinen suorituskkyky on muuttunut ja mikä siinä on säilynyt entisellään. Läheisten on hyvä tietää, että kaikki tavallinen toiminta on yleensä sallittua kognitiivisten häiriöiden kannalta. Tavallinen toiminta ei laajenna aivoinfarktin tai aivovamman jälkeistä aivovauriota, vaan kaikella kuntoutujan omatoimisuudella on päinvastoin kuntouttava merkitys. (Kuikka, Pulliainen, Hänninen, 2001, 35-36.) Omaisten näkökulmasta kuntoutuksella pyritään kuntoutuja mahdollisimman itsenäiseen toimintaan. Tämä voi helposti unohtua kuntoutujan läheisiltä, kun sairaan läheisen hoito ja kuntoutuksen käsite sekoittuvat.

Akuutti AVH-potilas pitäisi saada liikkumaan ja liikkeelle mahdollisimman pian. Potilasta tulisi rohkaista omatoimisuuteen itsensä hoitamisessa heti, kun se on terveydellisesti turvallista ja ohjata korvaavia harjoitteita rajoittuneiden toimintojen tilalle. ADL-toiminnot ovat aluksi yksinkertaisia tehtäviä, joita vaikeutetaan potilaan pystyessä suorittamaan kyseiset tehtävät. IADL-toiminnot, kuten kodinhoito ja julkisilla liikkuminen vaativat isompaa vuorovaikutusta fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä ja sisältävät korkeamman tason ongelmanratkaisutaitoja ja sosiaalisia taitoja kuin ADL-toiminnot. Useilla potilailla vapaa-aika lisääntyy huomattavasti, sillä sairaus estää työnteon. Siksi mielekäs sosiaalinen vapaa-aikaan osallistuminen on tärkeää sairastumisen jälkeen. (Woodson, 2008, 1022-1024.) Fyysisen kuntoutumisen kannalta Mäntysen (2007, 126) mukaan merkitystä olisi seuraavilla tekijöillä: kaikkien osapuolien osallistuminen tavoiteasetteluun, riittävä tiedonsaanti kuntoutumisesta, omatoimisuuteen kannustaminen ja ohjaus jatkohoitoon liittyvissä asioissa. Kotilomakysely palvee Neuronin hoito- ja kuntoutushenkilökuntaa yhtenäisen näkökulman omaavana työkaluna kuntoutujien ja heidän omaistensa yhteistyössä.

Toimintaterapiassa kiinnostuksen kohteena on asiakkaan ympäristössä tapahtuva merkityksellinen ja tarkoituksenmukainen toiminta. Toiminnot eli itsestä huolehtiminen, kotielämä, työ, opiskelu, vapaa-aika ja leikki sekä lepo muodostavat alueittain tasapainoisen elämän kokonaisuuden. Toimintaterapian tulisi olla asiakas- ja perhekeskeistä sekä ottaa huomioon kuntoutujan yksilölliset arjen tarpeet. (Suomen toimintaterapeuttiliitto, 2010, 8-10.) Asiakkaan rajoitukset tulee myös ottaa huomioon. Jos asiakas ei kykene ilmaisemaan itseään tai tekemään valintoja, toimintaterapeutin yhteistyökumppaneita voivat olla asiakkaan läheiset. Asiakas voi myös haluta ammatilaisten tekemän valintoja puolestaan. (Hautala ym. 2011, 93.)

Purola (2000) on tutkinut kotona asuvien aivoverenkiertohäiriöpotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia selviytymisestä. Tutkimuksessa ilmeni useita haasteita hoitotyön ja kuntoutuksen kehittämiseksi sekä tutkimukselle. Osa aivoverenkiertohäiriö-

potilaista ja heidän omaisistaan kokee voimavaransa riittäviksi selviytymiseen, kun taas osa kyseisestä ryhmästä koki selviytyvänsä huonosti. Ne, jotka kokivat selviytyvänsä hyvin, ovat kyenneet ylläpitämään sosiaalisia suhteitaan. Mielestään huonosti selviytyneiden ihmissuhteet olivat vähentyneet. Sekä potilaat että heidän omaisensa kokivat ohjauksen ja opetuksen tarpeelliseksi päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Omaiset kokivat joissakin tilanteissa vastuun jokapäiväisen elämän sujumisesta ja potilaan kuntoutumisesta suureksi. Aivoverenkiertopotilaiden ja heidän omaistensa selviytyminen liittyi toisiinsa. Osa omaisista oli sitä mieltä, että terveydenhuollon henkilökunnalla ei ole kykyä tai halua yksilölliseen ja omaiset huomioon ottavaan toimintaan. Toisaalta potilaat olivat yleensä omaisia tyytyväisempiä saamaansa kuntoutukseen. Selviytymisen kannalta oli oleellista, missä elämänvaiheessa ihminen oli sairastunut aivoverenkiertohäiriöön. (Purola, 2000, 118.)

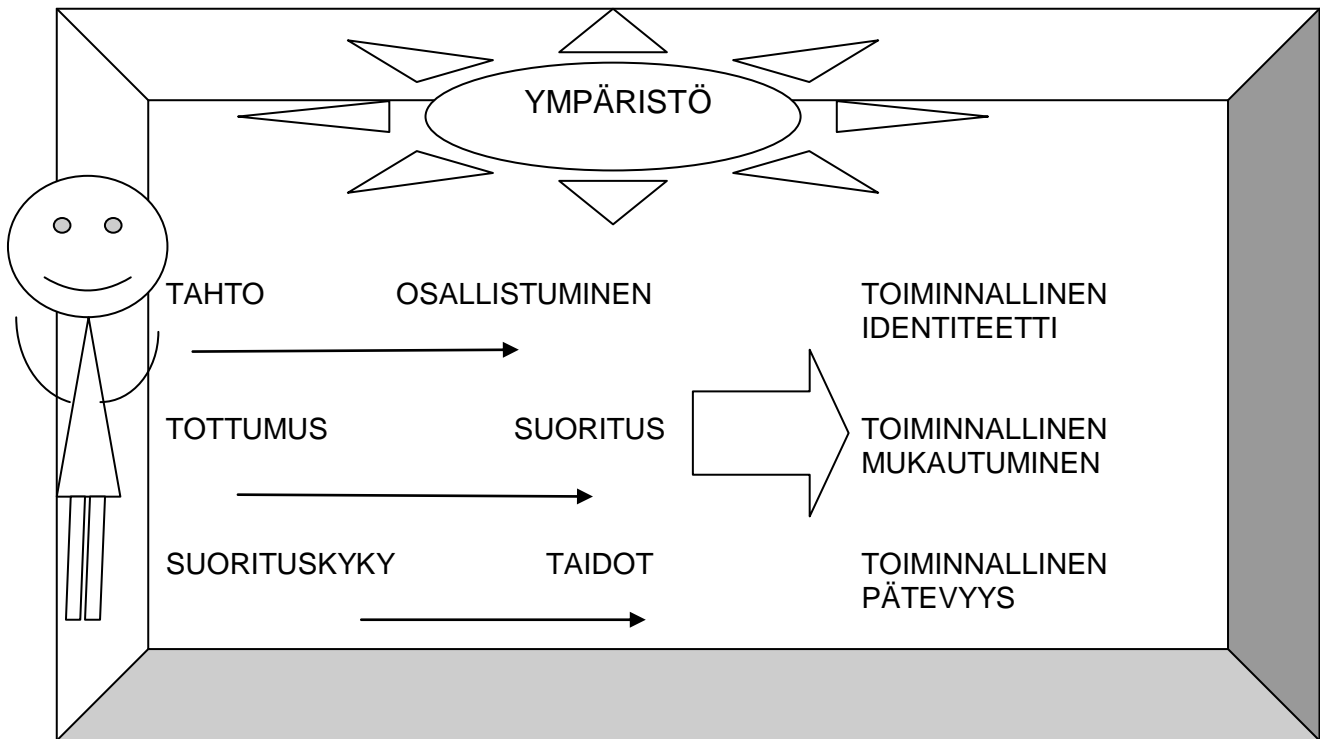
Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan elämän kokonaisuus ja hänen hoito- sekä hoivapolkunsä. Yhteisessä tiedon käsittelyn kautta eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan asiakaslähtöisesti yhteen. Vuorovaikutusprosessissa tehdään tapauskohtainen yhteinen tavoite ja pyritään luomaan yhteinen käsitys asiakkaan tai potilaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelman ratkaisusta. Asiakas ja mahdollisesti hänen läheisensä ovat tarvittaessa mukana sovitun foorumin keskusteluissa. Asiakaspalaute antaa arviointiin tärkeää lisäaineistoa yhteistyön näkökulmasta ja se on oleellinen osa arviointia. Kehitystyössä tulisi muistaa, että työn jako tai moniammatillinen yhteistyö eivät ole itseisarvoja eikä niiden tavoitteena pitäisi olla (ainakaan pelkästään) ammattihenkilöiden työn helpottaminen, vaan potilaiden hyvä hoito. (Isoherranen, Rekola, & Nurminen, 2008, 34,164, 199.)

#### 4 INHIMMILLISEN TOIMINNAN MALLI – MOHO

Teoreettiseksi viitekehykseksi valitsin opinnäytetyöhöni inhimillisen toiminnan mallin sen asiakaslähtöisyyden vuoksi. Mallin ihmiskäsitys on holistinen ja sen tarkoituksena on selittää yksilön osallistumista ja mukautumista elämän toimintojen alueella. (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä, Rusi-Pyykönen, 2011, 235.) MOHO – Model of Human Occupation on inhimillisen toiminnan malli, joka työvälineenä auttaa toimintaterapeutteja ymmärtämään asiakkaita heidän kompleksisessa ympäristössään ja helpottamaan siinä tapahtuvia muutoksia. MOHOn mukaan se mitä yksilö tekee työkseen, käyttää vapaa-aikansa ja pitää huolta itsestään on osa kokonaisuutta, jossa vaikuttavat motivaatiotekijät, elämäntavat, toiminnallinen suoriutuminen ja ympäristön vaikutukset. MOHO pyrkii selventämään, kuinka nämä elementit yhdistyvät toisiinsa. (Kielhofner & Forsyth, 2006, 71.)

MOHOn käyttö edellyttää terapeuteilta tietoa asiakkaiden arvoista, taidoista, pätevyydestä, rooleista, tavoista, toiminnallisista kokemuksista ja elinympäristöstä. MOHO-lähtöiset arvioinnit on tehty yhdistämään tieto ja antaa asiakkaille äänen kertoa kyseisistä tekijöistä omasta lähtökohdastaan. Asiakkaan yksilölliset ominaisuudet yhdistetynä teoriaan, ohjaavat kehittämään ymmärrystä asiakkaan uniikista tilanteesta. Asiakkaan yksilölliset ominaisuudet ovat pohjana terapian tavoitteille. MOHOssa asiakkaan toiminnot, ajatukset ja tunteet ovat keskeisiä tekijöitä muutokseen pyrittäessä. MOHOn käyttö edellyttää asiakas-terapeutti suhteen, jossa terapeutin tulee ymmärtää, kunnioittaa ja tukea asiakasta. (Forsyth & Kielhofner, 2006, 86-87.) Vrt. myös Kielhofner, G. 2002, 3. Asiakkaan autonominen rooli on pisimmilleen viety tilanteessa, jossa asiakas ohjaa terapiaa. Aidoimmillaan asiakaslähtöisessä työskentelyssä asiakas ja terapeutti hakevat yhdessä vuorovaikutuksen keinoin ymmärrystä siitä, mikä terapiassa on tärkeää. (Hautala ym. 2011, 89-90.)





Kuvio 1. Toiminnallisen mukautumisen prosessi. (Mukaillen Kielhofner, 2008, 108).

Inhimillisen toiminnan mallissa (Kuvio 1.) yksilön toiminnallista mukautumista tapahtuu useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta elämän eri tilanteissa. Mallin käsitteiden avulla voidaan ymmärtää tarkemmin motivoitumista toimintaan, toimintojen jäsentymistä sekä yksilön, toiminnan ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. (Hautala, 2011, 235). Seuraavaksi käyn läpi tarkemmin Inhimillisen toiminnan malliin vaikuttavat tekijät.

#### 4.1 Yksilöön vaikuttavat tekijät

Yksilöön vaikuttavia tekijöitä ovat MOHOssa tahto, tottumus ja suoritus. Tahto sisältää asiat, joihin yksilö on motivoitunut ja valitsee sen, mitä tekee. Tottumus on prosessi, jossa toimintaa ohjaavat yksilön tavat ja rutiinit. Suoritus sisältää henkiset ja fyysiset kyvyt sekä kokemukset, jotka toteutuvat toiminnassa. (Kielhofner & Forsyth, 2006, 72-73.) Akuutin AVH-kuntoutujan tila on yksilöllinen ja kaikki toimintaan vaikuttavat tekijät saattavat olla muuttuneet. Kehon rakenteet, niiden toiminnot ja kyvykkyys voivat muuttua paljon verrattuna sairautta edeltävään tilaan. Suoriutuminen pienistäkin asioista esim. siirtyminen sängystä pyörätuoliin voivat viedä paljon aikaa eikä kuntoutuja välttämättä osaa arvioida omia fyysisiä voimiaan. Myös aikaisemmat mielenkiinnon kohteet esim. urheilun tuoma mielihyvä voi olla fyysisesti mahdotonta toteuttaa, jos pienetkin fyysiset ponnistelut tuottavat vaikeuksia esimerkiksi tasapainon

ylläpitämiseksi seisoma-asennossa. Lisäksi kuntoutujan toimiminen kotiympäristössä voi olla motivoivampaa kuin laitousympäristössä.

AVH:n tuoma elämänmuutos voi vaikuttaa paljon psyykkiseen hyvinvointiin ja kyky käsitellä sairauden aiheuttamia muutoksia on yksilöllinen, kuten sairauden oireetkin. Tällöin ensimmäistä kertaa kuntoutujan kotiutuessa yksinkertaistenkin toimintojen suorittaminen voi olla vaikeaa ja aikaisemmat rutiinit eivät ehkä onnistu kuten aiemmin. Motivaatio vaikuttaa paljon siihen, kuinka kuntoutuja edistyy sairaalassa tai kuntoutuslaitoksessa. Ennen kotilomalle pääsyään kuntoutujan tulisi pystyä oppimaan uudestaan toiminnot, jotka edellyttävät kotona selviytymistä esimerkiksi syöminen ja wc:ssä käyminen. Toisaalta edistyminen kuntoutuksessa voi motivoida ja tuoda nautintoa kuntoutujan edistyessä. Erilaiset mieltymykset, kuten kodista huolehtiminen motivoivat myös päivittäisten toimintojen oppimiseen. Mieltymyksien toteutuessa kuntoutuja saa sisältöä elämäänsä. (Hautala, 2011, 237).

Tutussa ympäristössä päivittäisten toimintojen toteuttaminen voi helpottua, mutta sairauden tuottama toimintakyky voi tuoda lisähaasteita. Esimerkiksi aamuisin tapahtuvat aamutoimet ovat aikaisemmin toteutuneet rutiininomaisesti, mutta kuntoutujalla voi olla fyysisiä esteitä niin ympäristössään ja kehon toimintojen osalta päästäkseen pesuille lavuaarin luokse. Laitousympäristössä tilat ovat usein rakennettu sellaiseksi, että kuntoutuja pystyy niiltä osin tekemään aamutoimet itsenäisesti.

Kuntoutuja on saattanut myös aikaisemmin auttaa esimerkiksi lasta aamutoimissa, kun taas kuntoutujan roolissa hänestä onkin tullut autettava. Aikaisemmat kokemukset omasta kehosta ja ympäristöstä auttavat toimintojen onnistumisessa. Kun kuntoutuja tietää suihkutilansa kynnyksen korkeuden jo entisestään, hän voi pystyä ennakkoimaan kynnyksen ylitystä pyörätuolillaan ja ottamaan etäisyydet huomioon. (Hautala, 2011, 239.)

Uusien tapojen harjoittelu alkaa kuntoutuksessa mahdollisimman pian, että esimerkiksi hemipareesin tuoma kehon toisen puolen tiedostamattomuus pääsisi vaikuttamaan mahdollisimman vähän kehon keskilinjän löytymiseen. Päivittäisten toimien osalta tämä tarkoittaa kuntoutuksen edetessä sitä, että uusien tapojen kautta harjoitellaan esimerkiksi vaatteiden pukeminen aloittaen halvaantuneelta puolelta tai omenan kuorimista erilaisilla apuvälineillä. Jokaisella ihmisellä on taipumus tehdä asioita tietyllä tavalla tutussa ympäristössä ja tilassa, mutta tapojen oppiminen uudella tavalla ei ole välttämättä helppoa. Inhimillisen toiminnan mallissa ei selitetä tai kuvata paljoa fyysisiä tai psyykkisiä osatekijöitä, vaan mallissa keskitytään yksilön

subjektiivisiin kokemuksiin suorituskyvystä, joka muokkaa puolestaan käyttäytymistä. (Hautala, 2011, 239). Olen halunnut ottaa huomioon opinnäytetyössäni myös fyysisiä ja psyykkisiä osatekijöitä, jolloin ICF-luokitus pystyy täydentämään viitekehystä laajemmin.

## 4.2 Ympäristö

Ympäristö tarjoaa mahdollisuuksia, resursseja, vaatimuksia ja rajoitteita. Missä ja kuinka nämä ympäristötekijät vaikuttavat, riippuvat yksilön arvoista, kiinnostuksen kohteista, henkilökohtaisista syistä, rooleista, tavoista ja suorituksesta. Fyysinen ympäristö sisältää luonnon, rakennetun ympäristön ja esineet. Sosiaalinen ympäristö koostuu ihmisistä, joihin yksilö jollain tapaa liittyy ja toiminnallisista ryhmistä, joihin yksilö osallistuu. (Kielhofner & Forsyth, 2006, 75.)

Liikunnalliset rajoitteet vaikuttavat omaan toimintaympäristöön. Rakennettu ympäristö ei ehkä mahdollista AVH-kuntoutujan toiminnallista suoriutumista. Akuutin AVH-kuntoutujan tärkeä ympäristö on koti ja piha-alueet. Hissittömässä kerrostaloasunnossa poistuminen kotoa pyörätuolissa olevalle esteettömästi on mahdotonta. Samoin työelämää ja harrastuksiin osallistuminen voi rajoittua esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn vuoksi. Sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavat paljon mahdolliset puheen ja kielen häiriöt. AVH:n alkuvaiheessa tarkkaavaisuushäiriöt ovat melko tavallisia, jolloin kotona kyky keskittyä tavoitteen kannalta olennaiseen esim. pukeutumiseen häiriintyy. Kodin tulisi olla sellainen, jossa kuntoutuja selviää mahdollisimman itsenäisesti ja turvallisesti. (Hautala, 2011, 240.)

Useimmat ihmiset toimivat jokapäiväisessä elämässään monissa eri toimintaympäristöissä kotona, töissä, koulussa sekä harrastuspaikoissa ja niinpä tulisi miettiä kuntoutujan kotiympäristöä niin, että hän saisi siitä houkuttelevamman mielekkäiden toimintojen suorittamiselle. Sosiaalinen ympäristö ohjaa odotuksineen myös kuntoutujan osallistumista. Koti on ympäristö, jonne kuntoutuja toivoo pääsevänsä laitoksesta mahdollisimman pian. Siten kuntoutuja voi olla hyvin motivoitunut selviytymään itsenäisesti päivittäisistä toiminnoistaan. (Hautala, 2011, 243.)

### 4.3 Tekeminen

Henkilökohtaiset syyt, arvot ja mielenkiinnon kohteet motivoivat yksilöä valitsemaan sen, mitä hän tekee. Tavat ja roolit muotoutuvat toiminnassa rutiineiksi. Suoritukset ja subjektiiviset kokemukset tuottavat taidot toimimiselle. Taito voi olla esimerkiksi hampaiden harjausta, johon tarvitaan tiettyä suorituskkyä (lihasvoimaa), kun taas taito sisältää konkreettisen asian, jota tehdään tehtävän aikana (harjasta kiinni pitäminen) (Hautala ym. 2011, 244). Ympäristöstä löytyvät mahdollisuudet ja resurssit, rajoitukset ja esteet yksilön toiminnalle. Toimintaa voi arvioida ja siitä voi tehdä johtopäätöksiä koko ajan. Toimintaa voidaan arvioida eri tasoilla: taitoja, suoritusta, toiminnallista osallistumista, toiminnallista identiteettiä, toiminnallista pätevyyttä ja toiminnallista adaptaatiota. ( Forsyth & Kielhofner, 2006, 77.)

### 4.4 Toiminnallinen identiteetti ja pätevyys

Toiminnallinen identiteetti määrittelee yksilön käsityksen itsestään toimijana ja sen, millaiseksi toimijaksi hän haluaa tulla. Toiminnallinen identiteetti vaikuttaa yksilön valintoihin ja siihen, millaista elämää yksilö haluaa elää. Toiminnallinen pätevyys tarkoittaa sitä, missä määrin yksilö voi toteuttaa identiteettinsä mukaista toiminnallista osallistumista. (Hautala ym. 2011, 246-248.)

Jos yksilön työn ja vapaa-ajan mielenkiinnon kohteena on ollut esimerkiksi urheilu, aivoverenkiertohäiriön tuottamat ongelmat voivat muokata paljon toiminnallista identiteettiä ja pätevyyttä uudessa elämäntilanteessa. Tällöin käsitys omasta suorituskyyvystä, mielenkiintoisiksi koetut toiminnot, käsitys elämän rutiineista ja ympäristön odotuksista joutuvat tarkastelun alle. (Hautala, 2011, 247).

### 4.5 Toiminnallinen adaptaatio

Toiminnallinen mukautuminen tapahtuu ajan kuluessa, tietyssä ympäristössä, kun myönteinen toiminnallinen identiteetti rakentuu ja henkilö saavuttaa toiminnallisen pätevyyden. Toiminnallista mukautumista tapahtuu elämän toimintoihin osallistumisesta. (Hautala ym. 2011, 248.) Akuuttivaiheessa AVH-kuntoutujalle tavoitteena on parantaa kuntoutumisedellytyksiä ja siten alustavasti kartoittaa toimintakkyä ja kuntoutujan mielenkiinnon kohteita erilaisiin toimintoihin.

Päivittäisten toimintojen tekemiseen vaikuttavat nämä kaikki Inhimillisen toiminnan mallin osatekijät, mutta pääpaino kyselyssä on MOHOn kohdalla rutiinien, tapojen, roolien (omatoiminen tai autettava), suorituskyvyn ja taitojen yhdistymisessä AVH-kuntoutujan kotiympäristössä. Esimerkiksi kasvojen pesuun tai vaatteiden pukemisen onnistumiseen vaikuttavat kotiympäristössä omaisen läsnäolo, kuntoutujan fyysiset rajoitteet, ympäristön esteettömyys ja kuntoutujan motivaatio.

Toimintaterapia perustuu Turun yliopistollisen sairaalan neurologian klinikan ja kuntoutus ja fysiatrian moniammatillisen työryhmän (2001) mukaan toimintakyvyn arviointiin, jonka pohjalta toimintaterapeutti ja kuntoutuja suunnittelevat yhdessä terapian sisällön. Terapiavälineenä käytetään sellaista toimintaa, joka on merkityksellistä kuntoutujalle ja sopii hänen elämäntapaansa. Kuntoutujan oma ympäristö, missä toiminnot normaalisti tapahtuvat, otetaan aina huomioon. Toimintaterapiassa kuntoutuja on aktiivinen osapuoli ja toimintaterapeutti työskentelee hänen kanssaan. Toiminnan ollessa mielekästä kuntoutujan kannalta, hän yleensä myös motivoituu siihen.

## 5 MONIAMMATILLINEN TYÖSKENTELY JA ICF-LUOKITUS

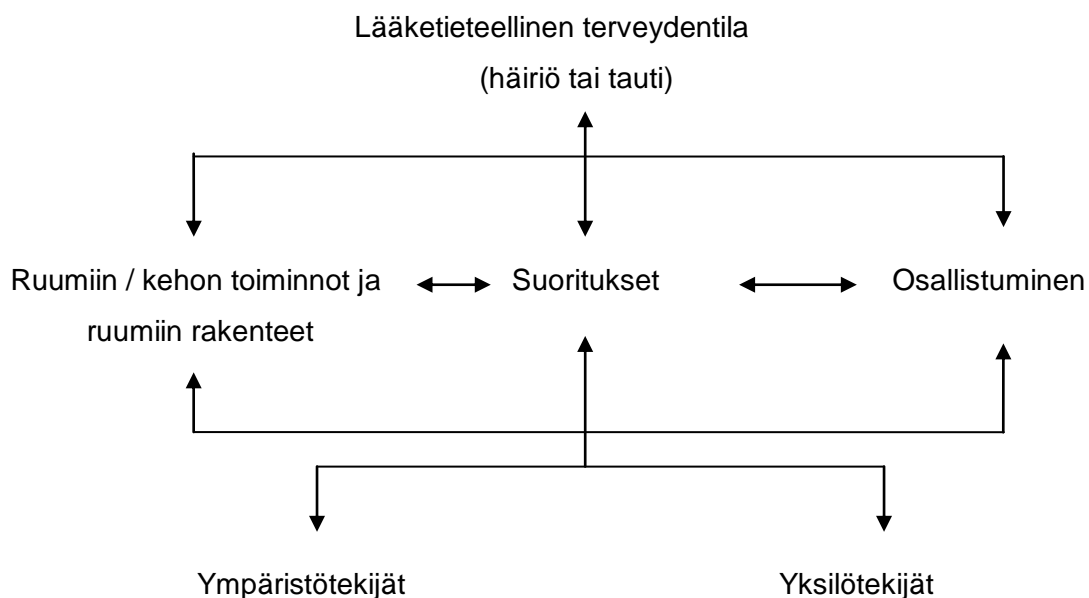
Neuronissa kuntoutujan tilanne pyritään kartoittamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja työskentelyssä käytetään moniammatillista työotetta. Moniammatilliseen kuntoutustiimiin kuuluu Neuronissa neurologin johdolla toimintaterapeutit, fysioterapeutit, puheterapeutit, neuropsykologit, sosiaalityöntekijä, hoitajat ja vapaa-ajanohjaajat. Kuntoutujalla ja hänen läheisillään on keskeinen rooli kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Neuron, 2010) .Moniammatillisen työskentelyn pohjaksi valittiin ICF-luokitus, jolla voidaan yhdistää eri ammattikuntien kieli. Toimintaterapeuttien käyttämä Inhimillisen toiminnan malli ja ICF-täydentävät teoriana toisiaan. Aivohalvauspotilaiden kuntoutuksen yhteinen arvo- ja tietoperusta tunnistetaan Mäntysen (2007, 126) tutkimuksessa, mutta se ei näkynyt aina moniammatillisen tiimityön toimivuudessa. Tiimityön toimintatavat olivat muodostuneet toisistaan poikkeaviksi eri toimintaympäristöissä, joka loi vaihtelevia edellytyksiä kokonaisnäkemyksen luomiselle kuntoutujan tilanteesta. Toisaalta kuntoutumista edistävä hoitotyö tuli hyvin näkyväksi toimivassa moniammatillisessa tiimissä. Lampisen mukaan (2008, 37) kuntoutuksen haasteena on moniammatillisen yhteistyön toteutuminen sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Kuntoutuksen ammattilaisten toteuttamasta yhteistyöstä oli positiivisia kokemuksia myös kotiutumisen jälkeen. Neuronin kuntoutujat käyvät ennen kotiutumista viikonlopun kestävillä kotilomilla. Neuronista ei yleensä tehdä henkilökunnan osalta kotikäyntiä, sillä kuntoutujat jakaantuvat ympäri Suomea. Tämän vuoksi kotoa saadut kokemukset kotilomilta ovat ensiarvoisen tärkeitä kuntoutujan tilan arvioinnissa ja jatkokuntoutuksen suunnittelussa.

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF helpottaa neurotieteilijöiden ja kuntoutustyötä tekevien ammattilaisten yhteistä ymmärrystä ja kieltä. ICF tarjoaa mahdollisuuden, jossa teoria siirtyy käytäntöön ja saavutetaan paremmat ja tehokkaammat terapiamenetelmät myös kuntoutujalle. Lisäksi asiakkaan omaa ymmärrystä ja käsitystä asiasta on tuettava ja selvitettävä hänen kuntoutumistahtonsa mukaan. (Liippola, 2010, 14.)

Moniammatillisen arvioinnin lopputuloksena tulisi olla yhteinen, jaettu kokonaisnäkemyks asiakkaan tilanteesta, joka on enemmän kuin asiakkaan, yksittäisten ammattilaisten tai tietyn palvelusektorin näkökulma (Suomen toimintaterapeuttiliitto, 2010, 12). Kts. Suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä, Kelan tutkimusosasto, 2011. ICF-luokitusta on mahdollista käyttää luokitusjärjestelmänä, kun esimerkiksi eri ammattiryhmien havainnot asiakkaasta halutaan koota yhtenäiseksi kuntoutustarvetta kuvaavaksi kokonaisuudeksi. (Hautala ym. 2011, 314.)

ICF voi antaa toimintakyvyn arvioinnille kansainvälisesti yhtenevän kielen ja raami-  
tuksen. Luokituksen avulla voidaan kuvata kaikkien ihmisten toiminnallista tervey-  
dentilaa. ICF-luokituksessa on kaksi osaa, jotka jakaantuvat tarkempiin luokkiin ja  
kooditunnuksiin. Ensimmäinen osa käsittelee toimintakykyä ja toimintarajoitteita sisäl-  
täen osa-alueet ruumis/keho sekä suoritukset ja osallistuminen. Toinen osa käsittelee  
yksilötekijöitä ja ympäristötekijöitä. Asiakasta havainnoidessa kokonaisena yksilönä  
omassa toimintaympäristössään voi kuntoutustoimenpiteiden suuntaaminen olla te-  
hokkaampaa eli asiakasta paremmin hyödyttävää. Täten myös yhteistyö ja kommuni-  
kointi eri ammattilaisten kesken on välttämätöntä. (Liippola, 2010, 14-15.)

ICF:n kukin osa-alue koostuu joukosta aihealueita ja kukin aihealue koostuu kuvaus-  
kohteista, jotka ovat ICF-luokituksen luokitusyksiköitä. Yksilön toiminnallista tervey-  
dentilaa sekä terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa voidaan kuvata yhden tai use-  
amman kuvauskohdekoodin ja niiden liitettävien tarkenteiden eli koodinumeroiden  
avulla. ICF-luokituksen eri konstruktiot ja aihealueet mahdollistavat toimintakyvyn ja  
toimintarajoitteiden prosessin kuvaamisen, vaikka sen tarkoitus ei ole mallintaa sitä.  
( Stakes, 2009, 10-18.)



Kuvio 2. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet. (STAKES, 2009.)

ICF-luokituksessa oleellista on lääketieteellinen terveydentila, joka vaikuttaa yksilön  
toimintakykyyn sisältäen osa-alueet ruumis/keho sekä suoritukset ja osallistuminen.

Yksilötekijät ja ympäristötekijät ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat toimintaan ja siihen osallistumiseen (Kuvio 2.).

ICF:ssä ja MOHOssa on useita seuraavanlaisia yhtenäisyyksiä:

Molemmissa malleissa lopputuloksena ovat keskeisiä osallistuminen ja toiminta.

MOHO:n ja ICF:n mukaan terveydellinen tila voi muuttaa yksilön osallistumista. Yksilön luonteenpiirteet ja ympäristö määrittävät osallistumista ja toimintaa. Nämä tekijät vaikuttavat toisiinsa dynaamisella ja nonlinearisella tavalla. MOHO ja ICF esittävät näkökulmia yksilön sitoutumisesta jokapäiväiseen elämään. Esimerkiksi MOHO kuvaa monella tapaa toimintaa: osallistumisella, toiminnalla ja taidoilla. Nämä tekemisen tasot yhtyvät ICF:n komponentteihin osallistumisesta ja toiminnasta. Useat MOHO:n käsitykset voidaan yhdistää yhteen ICF:n alueeseen ja sen kategorioihin. Esimerkiksi MOHO:n käsitys sosiaalisista ryhmistä on yhdistetty ICF:n alueeseen asenteet (attitudes), joka sisältää yksilöllisen tason ja pienen ryhmän tason. MOHO:n rajoituksessa kulttuuriin on paremmin yhdistetty erityiset asenteet (specific attitudes), sosiaaliset asenteet ja sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat. (Kielhofner, 2008, 520.)

### 5.1 ICF –luokituksen ja MOHON väliset erot

MOHO:n ja ICF:n välillä on myös eroja, joka johtuu viitekehysten erilaisesta teoreettisesta taustasta. MOHO on toimintaterapia-pohjainen malli, joka keskittyy ihmisen tarkoituksenmukaiseen osallistumiseen kulttuurisessa ja yksilöllisessä toiminnassa. ICF luokittelee toiminnot terveyden kautta ja pohjaa biopsykososiaaliseen näkökulmaan, joka ymmärtää sairauden vaikutuksen toiminnassa. Isoin ero näiden kahden teorian lähtökohdissa on se, että MOHO pohjaa yksilön kokemuksiin ja tarkoituksenmukaiseen osallistumiseen ja tunnistaa asiakkaan hänen oman toiminnallisen kertomuksensa pohjalta. ICF ei sisällä kokemuksia tekemisestä ja autonomiaa toiminnassa omassa luokituksessaan. ICF:n ja MOHO:n tarkoitus on myös erilainen. MOHO kuvailee ja selittää, kuinka toiminnallinen adaptaatio tapahtuu. ICF puolestaan on luokittelu systeemi, joka kuvaa terveyttä ja sen vaikutuksia osallistumiseen. ICF luokittelu systeemissä pääkomponentit toiminta ja osallistuminen ovat listattu yhteen eivätkä ole erotettuina alueisiin, kuten kuuluminen toimintaan, osallistuminen tai molemmat. (Kielhofner, 2008, 521.) ICF-luokitus ei ole riittävä, kun halutaan ymmärtää, miksi asiakkaalla on päivittäisissä tehtävissä vaikeuksia. Tällöin toimintaterapeuttien on analysoitava toimintaa tarkemmin ja jaettava tehtävät osavaiheisiin ja tekoihin.



Toimintaterapian tietoa tarvitaan täydentämään ICF-luokituksen avulla piirtyvää kuvaa asiakkaasta (Hautala ym. 2011, 322)

## 6 KEHITTÄMISPROSESSI

Työn etenemistä voi kuvata tuotteistamisen kehittämisprosessina. Tuotteena on tässä työssä kotilomakekyselyn kehittäminen työn tilaajalle eli Neuronille. Terveysalan tuotteiden suunnittelu ja kehittäminen jäsentyy tuotekehityksen perusvaiheiden mukaan. Tuotekehitysprosessissa voidaan erottaa viisi vaihetta. Kehittämistarpeen tunnistaminen on tuotekehityksen ensimmäinen vaihe, jota seuraa ideointi ratkaisujen löytämiseksi, tuotteen luonnostelu, kehittäminen ja lopuksi viimeistely. Prosessin eteneminen ei edellytä, että edellinen vaihe on päättynyt (Jämsä, K. & Manninen, E., 2000, 28, 85). Kotilomakkeen kehittämisprosessia on kuvattu tuotekehityksen tavoin, mutta eri sanoin. Kehittämisprosessi on kirjoitettu tässä työssä aikajärjestyksen mukaan.

Opinnäytetyö on kehittämistehtävä, jossa tuotetaan kyselylomake tiettyyn tarpeeseen. Silti lomakkeen suunnittelua ovat ohjanneet samat tekijät kuin kyselytutkimusta tehtäessä. Kyselylomakkeen tulisi olla mahdollisimman selkeä ja ymmärrettävä. Muutamia vastaavia kyselylomakkeita tutkiessa tultiin päätökseen, että kyselylomakkeesta tehdään puolistrukturoitu kysely. Tämä mahdollistaa vastaajalle nopean ja kaikille yhtenäisen tavan vastata. Lisäksi kyselyyn varattu avoin kirjoitustila auttaa tarvittaessa selventämään tilannetta tarkemmin. Kysely mahdollistaa selventämään kuntoutuksen edistymisen siirtymistä kuntoutujan arkielämään.

”Kysely on aineiston keräämisen tapa, jossa kysymysten muoto on standardoitu eli vakioitu. Vakiointi tarkoittaa, että kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kyselyssä vastaaja itse lukee kysymyksen ja vastaa siihen.” Kysely soveltuu aineiston keräämisen tavaksi, kun tutkittavat ovat hajallaan. Sitä voidaan käyttää myös hyvin henkilökohtaisten asioiden tutkimiseen. (Vilka, 2007, 28.)

Lomaketutkimuksella havaintojen määrää rajoitetaan hallittavamman kokoiseksi suurimmilta osin jo ennen aineiston keruuta lomaketta suunniteltaessa. Lomakkeessa kysytään vain tiettyjä, tutkijaa kiinnostavia ja kysymyksenasettelun kannalta olennaisia kysymyksiä ja vastausvaihtoehdot määritellään valmiiksi. (Alasuutari, 1993, 34.)

Kysymysten teko luo perustan tutkimuksen onnistumiselle. Kysymysten muotoon tulee kiinnittää huomiota, että vastaaja ajattelisi samalla tavalla kuin tutkija tarkoittaa. Tutkimuskysymyksiä lähdetään rakentamaan tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisesti. Huomiota tulee kiinnittää lomakkeen selkeyteen, ulkoasuun, kysymysten loogiseen etenemiseen ja vastausohjeiden tarpeellisuuteen. Kyselylomak-

keen etuna on esittää runsaasti kysymyksiä, etenkin jos lomakkeeseen on laadittu valmiit vaihtoehdot. (Aaltola & Valli, 2001, 100-111.)

Kysely toteutettiin kontrolloituna niin, että Neuronin toimintaterapeutit jakoivat kotilomakyselyn henkilökohtaisesti ja palautus tapahtui takaisin kyseisille henkilöille. Tällöin oli mahdollista selventää kotilomakyselyn tarkoitusta ja vastata asiasta nouseviin kysymyksiin. (Katso Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 1997, 189-199.)

Työn toteutus tapahtui teoriapohjan materiaalin koostamiseen, kyselylomakkeiden keräämisen, vertailun ja uuden kyselylomakkeen kehittämällä. Kotilomakyselyä muokattiin yhteensä neljä kertaa ennen lopullista versiota. Teoriatietoa lähdettiin keräämään aluksi neurologiseen kohderyhmään tutustuen, päivittäisten toimintojen ja kyselyn tekoon liittyvän kirjallisuuteen syventymällä. Kyselystä pyrittiin saamaan sellainen, joka hyödyttää niin kuntoutujaa, omaista ja kuntouttajaa. Kyselyä kehitettiin toimeksiantajan toimintaterapeuttien kanssa kolmessa yhteistyöpalaverissa. Lisäksi opinnäytettä ohjasi vastaava toimintaterapeutti puhelimitse ja sähköpostitse. Kotilomakyselyn testaus aloitettiin kesällä 2011 koehenkilöillä Neuronissa.

Kotilomakyselyn tavoitteena oli, että se olisi helppokäyttöinen, yksinkertainen ja neutraali. Kuntoutujien ja omaisten motivaatio kyselyyn osallistumisesta voi vaikuttaa työn tuloksiin. Akuuttivaiheessa asiakkaan koko perhe voi olla shokkitilassa, jolloin keskittyminen papereiden täyttämiseen saattaa olla haasteellista. Tähän pyrittiin vaikuttamaan selventämällä omaisille saatekirjeellä työn tarkoitusta.

Saatekirjeen mukana on lyhyt puolistrukturoitu kysely, jossa pyritään selvittämään kotilomakyselyn toimivuutta kuntoutujilta ja heidän omaisiltaan. Kotilomakyselyn onnistumista arvioitiin lisäämällä kysymyksiä esim. kyselyn sopivuudesta ja helppoudesta saatekirjeen ohessa. Saatekirje on opinnäytteessä liitteenä 1.

Akuutissa vaiheessa olevia kuntoutujia on määrällisesti melko vähän puolen vuoden aikana, joten aineisto voi jäädä pieneksi. Toimintaterapeuttien arvion kyselyn tuottavuudesta ja hyödyistä kerättiin haastattelemalla heitä yhteistyöpalaverien yhteydessä. Lomakkeen oli tarkoitus palvella moniammatillisen kuntoutusryhmän kaikkia jäseniä, joten sen tuli olla kuntouttajien ja kuntoutujan tietoja lisäävä sekä yhteisiin kuntoutustavoitteisiin sovellettavissa.

Motivoitunut kuntoutuja haluaa usein pyrkiä itsenäiseen elämään, mahdollisimman lähelle ennen sairastumista vallinneeseen tilaan. Kuntoutujat ovat tulleet sairaalasta suoraan laituskuntoutukseen Neuronin ja menevät ensimmäistä kertaa kotiin viikon-

lopun ajaksi, jolloin he vastasivat kotilomakyselyyn. Laitosympäristössä tapahtuva arviointi on erilaista kuin kotona jo fyysisen ympäristön erilaisuuden vuoksi. Kotona tavarat ja tilat ovat ennaltaan tuttuja sekä mukana oleva omainen tuntee yleensä kuntoutujan historian. Toisaalta sairauden aiheuttama shokki voi syventyä kotiloman aikana, kun kuntoutuja ei välttämättä selviä yksinkertaisimmistakaan päivittäisistä toiminnoista kotonaan. Tämän vuoksi oli tärkeää selvittää kotiloman aikana tehdyt havainnot.

## 7 KOTILOMAKYSELYN SUUNNITTELU

Kuudesta kuntoutuslaitoksesta selvitettiin, käyttävätkö he vastaavaa kotilomakyselyä toiminnassaan. Neljässä paikassa ei ollut vastaavaa lomaketta. Yhdessä paikassa oli käytössä samantyyppinen lomake, mutta he eivät halunneet antaa sitä kilpailijan käyttöön. Maskusta suosittelivat ottamaan yhteyttä Asta-lomakkeesta tietävään yhteyshenkilöön, sillä he olivat olleet mukana kyseisessä projektissa. Asta-lomake oli esitelty koulutuksessamme yhteyshenkilön kautta ja se sellaisenaan on asiakkaan ja omaisen itsearviointiin ilman ammattilaista liian vaikea. Kinkomaan sairaalan kuntoutusosastolle soitettiin ja kysyttiin heidän kotilomakekyselyn toimivuudesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijat Jalkanen & Koskinen olivat päivittäneet kyseisen kotilomakyselyn vuonna 2008 opinnäytetyönään. Kotilomakekysely on ollut jatkuvas-  
sa käytössä ja todettu erittäin hyväksi työvälineeksi kerätä tietoa kuntoutujasta. Kuopion kaupungin toimintaterapeutilta saatiin päivittäisiin toimintoihin liittyvän kysely, mutta kysely on ollut melko vähäisessä käytössä hoito-alan ja kuntoutuksen työntekijöillä. Kaikkien saatujen lomakkeiden kautta on voitu verrata niitä toisiinsa päivittäisten toimintojen osalta.

Selvittelyn pohjalta on otettu mallia kyselykaavakkeen tekoon Jalkasen & Koskisen kotilomakyselystä, sillä se on todettu hyväksi käytännössä. Lisäksi työhön on vaikuttanut Asta-lomakkeen puoli-strukturoitu muoto ja päivittäisiin toimintoihin ohjaavat vaihtoehdot. Päivittäisiin toimintoihin liittyvät asiat ovat samanlaisia useissa eri kuntoutukseen ja toimintaterapiaan liittyvässä kirjallisuudessa, joten eroa näiden toimintojen asiasisältöön on vaikea tehdä niin, ettei toiminnoissa olisi päällekkäisyyttä.

Kyselyn teossa pyrittiin ottamaan huomioon kuntoutujien ja heidän läheistensä akuutti tilanne. Siksi kyselyyn tehtiin valmiit vaihtoehdot täyttämisen helpottamiseksi. Lisäksi se helpottaa myös ammattilaisten nopeampaa kyselyn läpikäyntiä esimerkiksi tilanteessa, jossa tarvitsee tarkistaa tietty kohta kyselystä. Avointa vastaustilaa lisättiin, jotta kyselyyn vastaajalla on mahdollisuus selventää kuntoutujan tilannetta tarkemmin.

Kotilomakyselystä löytyy kohta, jossa on yhdistetty kaksi asiaa: turvapuhelimen tai puhelimen käyttö, johon liittyy avun soittaminen. Kotilomakyselyä selkeyttämään tein ohjeistavan taulukon (Liite 3.), jossa jokaisen kysymyksen aihe on rajattu. Taulukkoa pystyvät käyttämään kaikki Neuronin työntekijät. Kotilomalle lähdetessä hoitaja antaa kotilomakyselyn kuntoutujalle ja vastaanottaa sen. Taulukon on tarkoitus avata

työntekijälle kotilomakyselyn tarkoitusta ja tarvittaessa toimia omaisen tai kuntoutujan yhtenäisen lisätiedon jakamisessa.

## 8 KOTILOMAKYSELYN KEHITTELY

Opinnäytetyön työstäminen aloitettiin vuonna 2010, jolloin ensimmäisessä yhteistyöpalaverissa käytiin opinnäytetyön käytäntöjä, työn tilaajan tarvetta ja kotilomakyselyn alustavaa ideointia. Toimintaterapeuteilta saatiin Neuronin oma kuntoutujien tulo-haastatteluun liittyvä lomake. Neuronin toinen yhteistyöpalaveri pidettiin alkuvuodesta 2011, jolloin paikalla olivat kaikki Neuronin neljä toimintaterapeuttia tarkentamassa opinnäytetyön suunnittelua ja tarkoitusta. Tällä kerralla vertailtavaksi otettiin kuntoutu-jille annettavat muut lomakkeet, jotka he täydentävät ennen kuntoutusjaksolle saa-pumista. Näitä lomakkeita vertailemalla pyrittiin poistamaan kotilomakyselyn päälle-käisyydet muihin lomakkeisiin mahdollisimman vähäisiksi.

### *Toimintaterapeuteilta saatu palaute*

Keväällä 2011 laadittiin ensimmäisen kotilomakyselyn. Kyselyn liitteeksi tuli saatekirje kuntoutujalle ja omaiselle. Kesällä 2011 Neuronissa päästiin kokeilemaan ja testaa-maan kotilomakyselyä ensimmäisillä kuntoutujilla ja heidän omaisillaan sekä teke-mään tarvittavat korjaustyöt. Kesän aikana Neuronin opinnäytetyön ohjaaja vaihtui uuteen toimintaterapeuttiin. Loppukesästä toimintaterapeutit olivat yhdessä arvioineet kyselyn sopivuutta ensimmäisten kotilomakyselyyn vastanneiden kuntoutujien jäl-keen, joita oli mukana 15 henkilöä.

Vastaava toimintaterapeutti antoi palautetta kyselyn sopivuudesta sähköpostitse. Kysely sisälsi liian monta vastauskohtaa, joten sitä piti tiivistää ja joitakin kohtia yhdis-tää. Kyselyssä oli 56 kohtaa, joihin vastata. Esimerkiksi ruokailuun liittyvissä asioissa oli ruoan ja juoman ottaminen erillisenä kysymyksenä, joka meni liian yksityiskohtai-seksi toiminnoksi ja vastaajien on vaikea mieltää, mitä sillä tarkoitetaan. Lomake vas-tasi toiminnan analyysiä, jolloin käytännöllisyys oli kärsinyt sen pituuden ja tarkkuu-den vuoksi. Kotilomakysely oli enemmänkin toimintaterapeuteille suunnattu. Lomak-keen muokkauksessa piti pohtia sitä, kuinka siitä saisi enemmän kuntoutujille ja omaisille suunnatun. Palautteessa oli useita esimerkkejä siitä, kuinka lomakkeesta tulisi käytännöllisempi. Kyselyä tiivistettiin annettujen ohjeiden mukaan niin, että jäljel-le jäi 43 vastauskohtaa. Kehittelyssä tuli miettiä, mitkä kohdat voi yhdistää ja mitkä asiat ovat tärkeitä tietää akuutin kuntoutujan kohdalta loman aikana. Rastitettava koti-lomakysely oli helppo ja nopea täyttää, eikä asiaa osattu ajatella vastaajan näkökul-masta tarpeeksi. Kotilomakyselyssä oli avointa vastaustilaa kaikkien vastauskohtien kohdalla. Kotilomakysely muistutti myös liian paljon Asta-lomaketta, joka on patentoi-tu tuote. Yhtäläisyydet kyseiseen tuotteeseen tuli poistaa.

Kolmas yhteistyöpalaveri käytiin Neuronissa vuoden 2011 lokakuun alussa. Tällöin paikalla olivat kaikki paikan viisi toimintaterapeuttia. Kysely oli edelleen liian pitkä. Jokainen toimintaterapeutti oli testannut ensimmäistä kyselylomaketta jollain kuntoutujistaan. Vastauksia avoimeen kirjoitustilaan oli tullut muutamia. Kyselyä oli täytetty aluksi järjestelmällisesti, mutta loppua kohti myös rastitettavat kohdat olivat vähentyneet. Viimeiset sivut kotilomakyselystä oli jätetty täyttämättä. Kysely oli jaoteltu seitsemälle A4 –sivulle, niin että vähimmillään vastauskohtia sivulla oli neljä ja enimmillään kahdeksan. Kotilomakyselyn kysymyksissä oli näkyvillä ICF-koodit lähes jokaisen kysymyksen yhteydessä. Palaverissa tultiin tulokseen, että koodit on ehdottomasti poistettava. Koodit voivat häiritä ja sekoittaa kyselyyn vastaajia. ICF-koodit säilytettiin moniammatillista työskentelyä varten ohjeeksi henkilökunnalle. Kyselylomakkeeseen tehtiin erillinen taulukko kotilomakyselylle (liite 3), joka lisää henkilökunnan tietoa kyselyn käytettävyydestä.

Yhteistyöpalaverissa käsiteltiin lomakkeen täyttöön liittyviä asioita ja siihen päätettiin lisätä kuntoutujan nimi, kyselyn täyttäjän nimi ja päivämäärä. Toimintaterapeuttien mukaan kuntoutujalla voi olla oiretiedostomuutta ja hänen käsityksensä toiminnastaan voi olla epärealistinen. Omaisilla tulisi siksi olla mahdollisuus osallistua kyselyn täyttöön, vaikka kuntoutuja pystyisikin täyttämään kyselyn itsenäisesti. Osa kuntoutujista on afaattisia, joten heidän kohdallaan kyselyn täyttäminen itsenäisesti on mahdotonta. Lomakkeen pituutta päätettiin tiivistää yhteen kaksipuolisesti täytettävään A4:een. Kotilomakyselyn lähes kaikki kohdat käytiin yhteistyöpalaverissa läpi ja mietittiin niiden tarpeellisuutta. Kyselyn uudessa versiossa 43 vastauskohtaa tiivistyivät 15 kohtaan. Myöhemmin lisättiin vielä avoin kysymys siitä, jätettiinkö kyselyssä jotain huomaamatta, mistä vastaaja haluaisi kertoa? Pääasiassa kyselyyn otettiin sellaisia päivittäisiä toimintoja isompina kokonaisuuksina, jotka ovat välttämättömiä kotilomalla selviämisen ja osittain tulevan kotiutumisen kannalta. Toimintaterapeuttien asiantuntemus kotilomakyselyn rajauksessa oli hyvä, sillä näin kävimme koko kotilomakyselyn läpi ja mietimme, mihin asioihin halutaan selvyyttä.

Pääpaino siirrettiin asioihin, joita kotilomalla mahdollisesti tapahtuu. Kyselyyn sisältyy suuntaa antavia kysymyksiä omaisille ja kuntoutujille päivittäisten toimintojen havainnointiin. Kotilomalla on aina mukana joku läheinen ja kuntoutuja ei voi siis toimia yksin. Kyselystä päätettiin karsia elämänlaatuun ja tulevaisuuteen liittyviä kysymyksiä. Kyselyn loppuun lisättiin kysymys kuitenkin koskien tunteiden, tarpeiden ja tahdon ilmaisua sekä mielialaa. Kyselyyn lisättiin toimintaterapeuttien toiveen mukaan ostosten tekoon liittyvän kysymys, joka voi antaa lisätietoa kuntoutujan kognitiivisista ky-



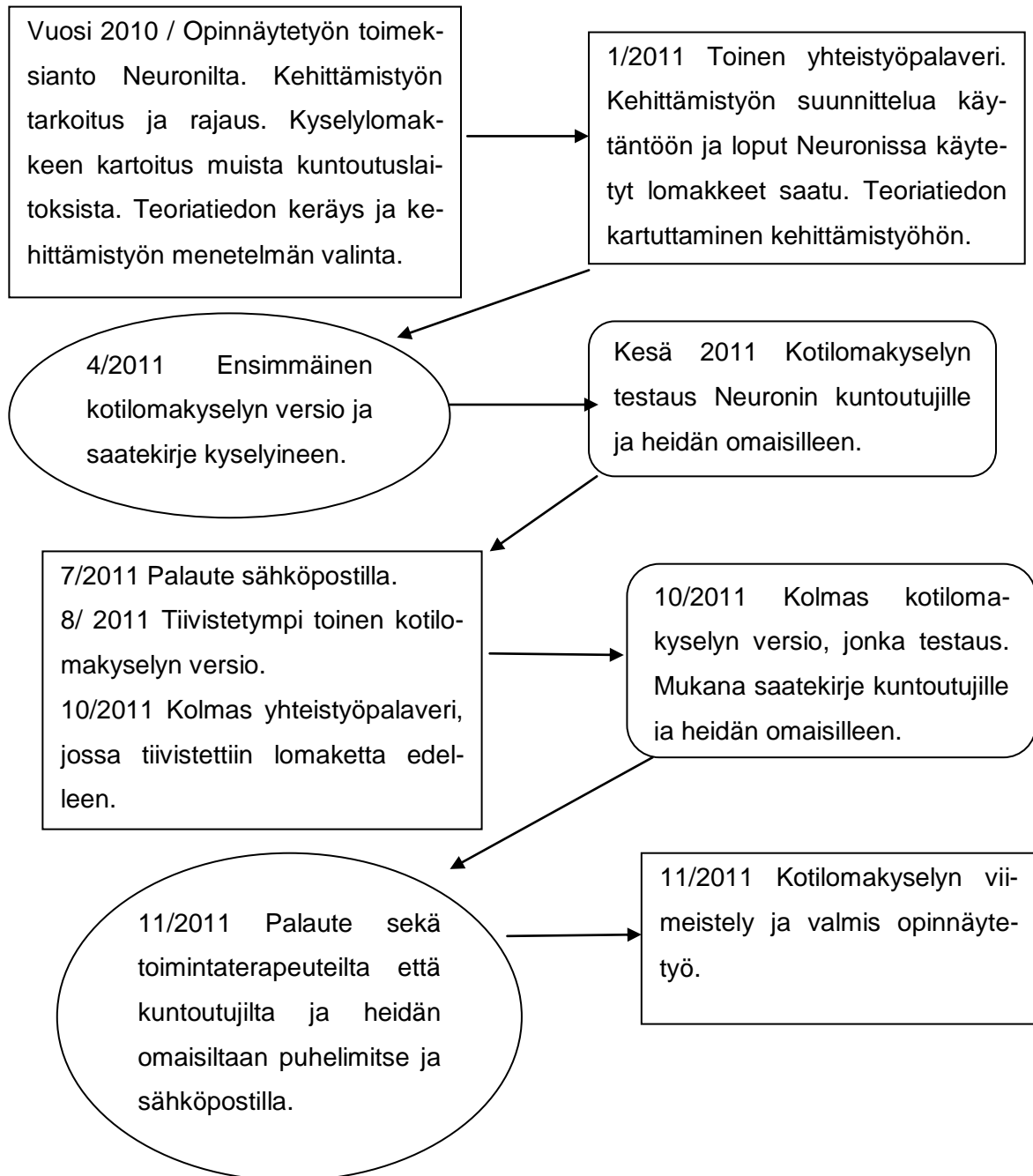
vyistä ja muustakin kuntoutumisen edistymisestä. Nykyään itsenäisesti asuvan kuntoutujan on mahdollista saada lähes kaikki palvelut kotiin, joka helpottaa useita päivittäisten toimien toteutumista fyysisistä rajoitteista riippumatta.

Neuronin toimintaterapeutit eivät olleet käyttäneet kesällä kotilomakyselyn yhteydessä saatekirjettä, jonka olin tehnyt selkeyttämään kyselyn tarkoitusta ja mittaamaan kyselyn toimivuutta kuntoutujien ja heidän omaistensa näkökulmasta. Kolmannen yhteistyöpalaverin pohjalta toimintaterapeutit aikoivat liittää saatekirjettä jatkossa kotilomakyselyyn. Kevään ja alkukesän aikana Neuronin toimintaterapiaan tuli henkilöstömuutoksia ja opinnäytetyön ohjaaja vaihtui.

#### *Kuntoutujilta ja omaisilta saatu palaute*

Opinnäytetyön aikataulun loppuajan kiireydestä johtuen saatekirje ei ehtinyt monelle kuntoutujalle. Osa vastaajista oli unohtanut palauttaa saatekirjeen toimintaterapeutille. Vastaajien määrä jäi kahteen, jonka vuoksi tulosta ei voi pitää kovin luotettavana. Vastaajien palaute kotilomakyselyn toimivuudesta oli melko yhtenäinen. Lomake oli heidän mielestään selkeä ja ymmärrettävä. Kysymysten määrä oli sopiva ja vastaustilaa oli kyselyssä riittävästi. Vastaajat eivät voineet arvioida mielestään, etenivätkö kysymykset sopivassa järjestyksessä. Kotilomakyselyssä otettiin tarpeelliset asiat huomioon ja lomakkeen täyttö oli mahdollista kotiloman aikana. Uutta tietoa nykyiseen tilanteeseen kysely ei vastaajien mielestä tuonut tai he eivät voineet sitä arvioida. Vastaajat eivät myöskään osanneet arvioida, olisiko kotilomakyselyssä jotain poistettavaa tai lisättävää. Uusia ehdotuksia kotilomakyselyn muuttamiseksi ei vastaajilta tullut.

Kuvio3. Kehittämistyön eteneminen



## 9 KOTILOMAKYSELYN VIIMEISTELY

Viimeisin kotilomakekysely oli toimintaterapeuttien käytössä reilun kuukauden syksyllä 2011 ja sitä testattiin 8:lla kuntoutujalla. Toimintaterapeuttien toivomuksesta kotilomakyselystä muutettiin vielä muutamia kyselyn kohtia. Tällaisia olivat kahden kysymyksen erotteluun ja yhdistämiseen liittyvät asiat ja yhden kysymyksen tiivistäminen helpommin ymmärrettävän muotoon. Kotilomakyselyyn olivat vastanneet kaikki, joille se oli annettu ja kaikkiin kyselyn kohtiin oli vastattu. Toimintaterapeutit olivat tyytyväisiä kotilomakyselyn sisältöön. Kotilomakyselyllä oli tarkoitus saada tietoa kuntoutujien kotona toimimisesta kotiloman aikana ja se toimintaterapeuttien mukaan vastaa tarpeeseen. Kotilomakysely on nyt heidän mielestään selkeä ja siinä otetaan huomioon tarvittavat asiat. Valmis kotilomakysely on liitteessä 2.

Kotilomakyselyä on suunniteltu käytettäväksi kaikille Neuronin kuntoutujille. Kotilomakyselyn käyttötarkoitus laajenee tällöin AVH-kuntoutujista myös muihin kuntoutujiin, joilla on esimerkiksi traumaattinen aivovamma, anoksinen aivovaurio tai infektion jälkitila. Kotilomakyselyn antaminen ja vastaanotto jää viikonloppuisin hoitajien tehtäväksi. Kotilomakysely jää potilaan tietoihin koko henkilökunnan käyttöön, jolloin se on käytettävissä kaikilla moniammatilliseen kuntoutus- tai hoitotyöhön osallistuvilla. Tällöin on henkilökunnalla mahdollisuus tarkistaa, mitä asioita kotilomalla on tapahtunut ja suunnitella kuntoutus- tai hoitotyötä tarpeen mukaan. Lisäksi henkilökunta osaa antaa lisätietoa kuntoutujalle ja hänen omaiselleen liitteen 3. avulla, jos kotilomakyselystä herää lisäkysymyksiä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli vastata työn tilaajan tarpeeseen, eikä sen sinällään ole tarkoitus olla yleistettävissä.

## 10 POHDINTA

Pohdinnassa tuodaan esille opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteita, kehittämistyön eettisyyttä ja luotettavuutta, omaa ammatillista kasvua ja jatkotutkimusaiheet.

### 10.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kyselylomake kotona selviytymisen arviointiin aivoverenkiertohäiriöön sairastuneelle ja hänen omaiselleen. Työ sisälsi olemassa olevien lomakkeiden arvioinnin ja niistä Suomen aivotutkimus ja -kuntoutuskeskus Neuronin uuden muokkaaminen. Kyselyn kohderyhmänä olivat laitospotilaat viikonlopun mittaiselle kotilomalle lähtevät aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet kuntoutujat omaisineen. Lomakkeen tavoitteena oli kohdentaa kuntoutusta oikeaan paikkaan ja tuomaan realistinen kuva kodin tilanteesta kuntoutujalle, omaiselle ja toimintaterapeuteille sekä moniammatilliseen työhön osallistuvalla henkilökunnalla. Neuronin henkilökunta ei tee yleensä kuntoutujien kanssa kotikäyntejä, sillä kuntoutujat asuvat ympäri Suomea. Laitoksessa ja kotiympäristössä toimimisessa voi tulla eroja jo fyysistenkin puitteiden osalta. Jatkokuntoutumisen kannalta olisi tärkeää saada tietoa kuntoutujan kotiympäristössä toimimisesta.

Opinnäytetyön alussa kerättiin tietoa aivoverenkiertohäiriöstä; sen määrittelystä, vaikutuksesta ja oireista kuntoutujan elämään. Kuntoutuja on siirtynyt Neuronin usein suoraan sairaalasta ja on vielä akuuttivaiheessa sairautensa kanssa ensimmäisen kotikäynnin yhteydessä. Kuntoutuksen etenemiseen liittyviä asioita haluttiin tuoda esille kuntoutujan ja toimintaterapian näkökulmasta. Kuntoutuksen alkuvaiheessa kiinnitetään huomio päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen, joka määriteltiin myös teoriaosuudessa. Teoreettisena viitekehyksenä käytettiin Ihmisen toiminnan mallia – MOHOA ja toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta ICF:ä. Useasta muusta vastaavasta kuntoutuslaitoksesta kartoitettiin heidän käyttämiään vastaavia lomakkeita, mutta niitä oli käytössä vähän. Lopulta kotilomakyselyn suunnitteluun käytettiin teoriaosan tietoa, Neuronin aikaisempia kyselylomakkeita, Kinkomaan sairaalaan tehtyä vastaavaa lomaketta sekä Asta-lomaketta.

ICF-luokituksen kautta pyrittiin moniammatillisen työskentelyn tiivistämiseen. Opinnäytetyön loppuun on tehty ohjeistus henkilökunnalle kotilomakyselyn täyttöön liittyvissä asioissa. Liitteessä esitellään lomakkeen kysymykset, siihen sisältyvät ICF-koodien numerot ja selvitys siitä, millaisiin asioihin kotilomakyselyllä voidaan hakea

vastausta. Jokaiseen kysymykseen ei ollut olemassa ICF-koodia, jolloin pohjana käytettiin toimintaterapian inhimillisen toiminnan mallia, MOHOa. Avoimilla kysymyksillä on pyritty pääsemään MOHON toiminta-ajatuksen yksilön subjektiivisista kokemuksista kotiloman aikana.

## 10.2 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Kotilomakyselyä testattiin Neuronin kuntoutujilla ja kyselyn toimivuutta pohdittiin Neuronin toimintaterapeuttien kanssa yhteistyöpalaverissa. Ensimmäinen kotilomakysely oli tehty liian laajaksi. Käytetyn teorian tiedon ja Inhimillisen toiminnan mallin mukaan kotilomakyselystä tuli liian yksityiskohtainen ja käytännöllisyys oli kärsinyt kyselyn pituuden vuoksi. Ajatuksena oli alun perin ottaa huomioon mahdollisimman paljon kotiloman yhteydessä tapahtuvia toimintoja, joihin kuntoutuja, hänen omaisensa ja kuntouttajat voisivat kiinnittää huomiota jatkokuntoutusta ajatellen. Tämä tieto on sinänsä arvokasta, mutta toimintaterapeutti osaa selvittää tarvittavat asiat kotilomakkeesta jatkokuntoutuksen yhteydessä. Lähtökohtana oli myös saada kuntoutujan ja omaisen ääni kuuluviin kuntoutusprosessissa. Kyselyssä ei otettu huomioon tarpeeksi heidän sairauden tuomaa muuttunutta tilannetta ja heidän voimavarojaan kyselyn täyttämiseksi. Tämän vuoksi ensimmäinen kyselykaavake jäi vastauksiltaan vajavaiseksi. Asiakslähtöisyyden ja kuntoutujan mahdollisimman syvää käsitystä itsestään toimijana haettiin liikaa kyselyssä. Ongelmana asiakslähtöisessä ajattelussa nousi kuntoutujan mahdollinen kyvyttömyys vastata kotilomakyselyyn. Esimerkiksi afasian tuottamat vaikeudet tai oiretiedostamattomuus eivät tuottaisi kyselyyn realistisia vastauksia. Tämän vuoksi myös omaisten osallistuminen ja kyselyyn vastaaminen tuli tehdä ehdottomasti mahdolliseksi. Kuntoutujien ja heidän omaistensa vastaaminen kotilomakyselyyn ja saatekirjeeseen toteutettiin kehittämistyössä nimettömänä ja vastauksia käsiteltiin nimettömänä myös yhteistyöpalaverien yhteydessä.

Kotilomakyselystä tuli lopulta paljon tiiviimpi kuin ensimmäisestä versiostaan. Kysymyskohdat painottuivat kotona tapahtuviin päivittäisiin toimintoihin yleisesti. Kyselyssä tulee ilmi, pystyykö kuntoutuja suoriutumaan kyseisistä toiminnoista itsenäisesti kotiympäristössä. Nämä kohdat löytyvät ICF-luokituksesta, mutta Inhimillisen toiminnan mallin mukaisesti ne selventävät pääasiassa kuntoutujan suorituskyykyä. Ostosten tekoa lukuun ottamatta, joka lisäksi sisältää osallistumisen kodin ulkopuoliseen toimintaan. Lisäksi kyselyyn on lisätty avoimia kysymyksiä täydentämään vastauksia. Avoimissa kysymyksissä on huomioitu kuntoutujan tunteiden, tarpeiden, tahdon ja mielialan havainnoimista. Kuntoutujan omaa näkemystä mieluisasta toiminnasta pyritään myös selvittämään asiakslähtöisesti. Vastaajalle annetaan mahdollisuus tuoda

ilmi asioita, joita ei kyselylomakkeessa kysytty. Avoimien kysymyksien kautta on mahdollista päästä selvittämään kuntoutujan subjektiivista käsitystä päivittäisistä toiminnoista Inhimillisen toiminnan malliin nojautuen. Kotilomakyselyn tiiviyn takia kuntoutujan kokonaisvaltaista näkemystä päivittäisten toimintojen osalta ei pystytä selvittämään. Kotona toimimisen välttämättömimmät asiat tulevat kuitenkin ilmi ja näiden vastausten pohjalta voi kuntoutuksen tavoitteita suunnata uudestaan viikonlopun jälkeen Neuronin henkilökunnan kanssa. Käytännössä kahden ensimmäisen laajemman kotilomakyselyjen toteuttaminen ei tuottanut tuloksia. Esimerkiksi vaatteen pukeminen pilkottiin moneen erilliseen toimintoon, jolloin kyselystä tuli liian pitkä. Kysymysten kautta kuntoutajat ja omaiset voivat saada realistisemman käsityksen kotona toimimisesta ja samalla kysymykset voivat ohjata kiinnittämään enemmän huomiota kyseisiin toimintoihin sekä itsenäisemmän kuntoutumisen edistymiseen.

Opinnäytetyön tekeminen itsenäisesti on sokeuttanut työn edistymistä useasti. Onneksi Neuronin toimintaterapeutit ja opinnäytetyötä ohjaavat opettajat ovat tuoneet esille näkökulmia, joihin kiinnittää huomiota. Olen pyrkinyt saamaan palautetta myös muutamilta muilta terveysalan ihmisiltä, jotka lukivat työni ennen sen julkaisemista. Opinnäytetyön toteutuminen on ollut pitkän aikavälin prosessi. Kehittämistyöstä minulla ei ollut aikaisempaa kokemusta, joten tartuin haasteeseen uteliaisuudella ja mielenkiinnolla. Työssä kohtaamieni ongelmien kautta sain lisää oppimiskokemuksia ja lisätietoa tulevaa käytännön työkenttää varten. Teoriatietoa karttui aivoverenkiertohäiriöstä ja sen kuntoutuksesta myös kuntoutujan ja omaisten näkökulmasta. Lisäksi kehittämistyön prosessinomaisuudesta ja eteneminen selveni kehittämistyön mukana. Vaikka luulin osaavani ajatella kotilomakyselyn tekoa vastaajien näkökulmasta, todisti kyselylomakkeen useampi testaus ajatukseni vääräksi. Tämä oli hyvä oppimiskokemus ja eräänlainen kehitysprosessi myös itselleni. Työn luotettavuutta lisää se, että kotilomakysely on testattu kahteen kertaan kohderyhmällä ja testaustulokset ovat antaneet selkeitä viitteitä siitä, kuinka lomake on toiminut. Toimintaterapeuttien kanssa tehty jatkuva yhteistyö on myös lisännyt kehittämistyön luotettavuutta. Neuronin toimintaterapeuteille kiitokset heidän antamastaan ajasta ja arvokkaasta käytännön työn kokemusten jakamisesta

### 10.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksen aiheena olisi mielenkiintoista tietää, onko lomakkeen käyttöä jatkettu Neuronissa ja kuinka sitä voisi edelleen kehittää kuntoutujien ja omaisten näkökulmasta. Kotilomakyselyn ollessa pidemmän aikaa käytössä viimeisimmän version

mukaisesti kuntoutajat ja omaiset voisi ottaa mukaan, kun Neuronissa on muodostettu kuva, mistä asioista erityisesti kuntoutujia ja omaisia koskien halutaan tietää lisää. Myös hoitohenkilökunnan osallistumista kotilomakekyselyn käyttöön ja sen hyödyllisyydestä moniammatillisessa työssä voisi selvittää.

## LÄHTEET

Aaltola J. & Valli, R. 2010. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Aivoinfarktin Käypä hoito-suositus. 2011. Käypä hoito. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. [Viitattu 11.2.2011] Saatavissa: [www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051).

Alasuutari, P. 1999. *Laadullinen tutkimus*. 3. uudistettu painos. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

ASTA™ - Asumisen toimintojen arviointilomakkeisto 1.2010 [verkojulkaisu]. Asumis- palvelusäätiö ASPA © Omaan elämään – Turvallisen asumisen projekti. [Viitattu 1.3.2011]. Saatavissa: <http://www.aspa.fi/asta>.

Forsyth, K. & Kielhofner, G. 2006. The Model of Human Occupation, Integrating theory into practice and practice into theory. Teoksessa Duncan Edward AS. *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. Fourth Edition.

Gillen, G. 2001. Cerebrovascular Accident teoksessa *Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction*. Pedretti, L.W. & Early, M.B. Fifth Edition. Mosby, A. Harcourt Health Sciences Company. Fifth edition.

Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2011. *Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä*. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. 10., osin uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. *Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö*. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Jalkanen, M. & Koskinen, T. 2008. *Kotilomakyselyn uudistaminen AVH-potilaan omaisille Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö.



Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. *Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla*. 1.painos. Vantaa: Kaisa Jämsä, Elsa Manninen ja Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kielhofner, G. 2008. *Model of Human Occupation, Theory and application*. Fourth edition. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolter Kluwer business.

Korpelainen, Leino, Sivenius, Kallanranta. 2008. Teoksessa Kaste, M., Hernesniemi, J., Järvinen, A., Kotila, M., Lindsberg, P., Palomäki, H. Roine, R.O.,J., Somer, H. (toim.). *Kuntoutus*. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kuikka P., Pulliainen V. & Hänninen R. *Klininen Neuropsykologia*. 2001. Helsinki: WSOY.

Lampinen, K. 2008. Monimuototerapia: fysio- ja toimintaterapiaa ryhmämuotoisena kuntoutuksen aikuisneurologisille asiakkaille. Savonia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö, toimintaterapian koulutusohjelma.

Law, M., Baum, C., Winnie, D. 2005. *Measuring Occupational Performance. Supporting best practice in occupational therapy*. Second edition. Slack Incorporated.

Legg,L., Drummond, A. & Langhorne, P. 2009. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke (Review). *The Cochrane Library*. 2009, Issue 1, 1-47.

Liippola, P. ICF-luokitus tulossa AVH-kuntoutukseen. 3/2010. *AVH-lehti*. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry.

Mayo, N.E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Gayton, D., Carlton, J., Buttery, J. & Tamblyn, R. 2000. There`s No Place Like Home: An Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke. *Stroke*. 2000 nro 31, 1016-1023.

Morgans, L. & Gething, S. 2002. Cerebrovascular accident. *Occupational Therapy and physical dysfunction. Principles, skills and practice*. Edited by Turner, M. Foster, M. & Johnson, S.E. Foreword by Richards, S. Fifth edition. Churchill Livingstone.

Mäntynen, R., 2007. *Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa*. Kuopio: Kopijyvä.

Neuron. 2010. *Neurologista kuntoutusta ja tutkimusta Kuopiossa*. [Viitattu 10.11.2011] Saatavissa: [www.neuron.fi](http://www.neuron.fi)

Numminen, H. (toim.) 1998. *Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus. Opas potilaille ja heidän omaisilleen*. 2. korjattu painos. Helsinki: Suomen Sydäntautiliitto ry.

Rissanen, P., Kallanranta, T., Suikkanen, A. (toim.) 2008. *Kuntoutus*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) 2011. Kelan tutkimusosasto. Suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä. Sisältyy julkaisuun Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela. [Viitattu 20.2.2011]. Saatavissa: [www.kela.fi/julkaisut](http://www.kela.fi/julkaisut).

Pitkänen, K. 2000. *Stroke rehabilitation in the elderly. A controlled study of the effectiveness and costs of a multidimensional intervention*. Kuopio: University of Kuopio.

Powell, Trevor. 2005. *Pään vammat. Opas aivovammoista potilaille, läheisille ja ammattilaisille*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto, Lääkinnällisen kuntoutuksen yksikkö, Oulun yliopistollinen sairaala. D577. Oulu: Oulu University Press.

Tamminen, R. 1993. *Tiedettä tekemään!* Jyväskylä: Atena kustannus Oy.

STAKES. 2009. *ICF, Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus*. Jyväskylä: STAKES, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Stakes. 2007. *Perfect – Stroke. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset aivoverenkiertohäiriöpotilailla*. Meretoja, A., Roine, R.O., Erilä, T., Hillbom, M., Kaste, M., Linna, M. Liski, A., Juntunen, M., Marttila, R., Rissanen, A., Sivenius, J. & Häkkinen, U. Työpapereita 23/2007. Helsinki: Stakes

Vilkka, H. *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*. 2007. Helsinki: Tammi.

Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry. *Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Arvioinnin lähtökohdat ja suositukset*. 2010. [www.toimintaterapeuttiliitto.fi](http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi) [Viitattu 10.2.2011]. Saatavissa:

Widen Holmqvist, L., von Koch, L., Kostulas, V., Holm, M., Widsell, G., Tegler, H., Johansson, K., Almazan, J. & de Pedro-Cuesta, J. 1998. A Randomized Controlled Trial of Rehabilitation at Home After Stroke in Southwest Stockholm. *Stroke*. 1998. No 29, 591-597.

Turun Yliopistollinen keskussairaala, neurologian klinikan ja kuntoutus ja fysiatrian tulosyksikön moniammatillinen työryhmä. 2001. *Tietoa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneelle ja hänen läheisilleen*. Hoitotyön julkaisusarja C:36, 2001. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Woodson, A.,M. 2008. Teoksessa Radomski, M.,V. & Trombly Latham C.,A. (editors) *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Sixth edition. Lippincott Williams &Wilkins, a Wolters Kluwer Business. Printed in the United States of America.

## Liite 1. Saatekirje kotilomakkeesta ja kysely lomakkeen toimivuudesta

Hyvä kuntoutuja ja omaiset!

Olen Savonia-ammattikorkeakoulun opiskelija ja teen opinnäytetyönäni oheisen kotilomakkeen Neuronin. Työn tarkoituksena on parantaa yhteistyötä kodin ja Neuronin välillä. Lomake voi tuoda tietoa siitä, kuinka aivoverenkiertohäiriöt voivat vaikuttaa jokapäiväisistä toiminnoista suoriutumiseen. Erityisesti lomakkeen tulisi helpottaa kotiloman jälkeisen kuntoutuksen suunnittelua ja toteutusta.

Pyytäisin vielä vastaamaan kotilomakkeen täyttöön liittyviin kysymyksiin rastittamalla sopivan vaihtoehdon. Näin pystyn korjaamaan lomakkeen puutteita ja kehittämään paremman kotilomakkeen kuntoutuksen tueksi. Tämä kysely palautetaan toimintaterapeuteille kotiloman jälkeen. Kiitos jo etukäteen vastauksestanne!

Yhteistyöterveisin

Mari Pasanen

toimintaterapeuttiopiskelija

### KOTILOMAKKEEN TOIMIVUUS

1. Oliko lomake selkeä ja ymmärrettävä?.....
2. Oliko kysymysten määrä sopiva?.....
3. Oliko vastaustilaa riittävästi?.....
4. Etenivätkö kysymykset sopivassa järjestyksessä?.....
5. Otettiin tarpeelliset asiat huomioon?.....
6. Oliko lomakkeen täyttö kotiloman aikana mahdollista?.....
7. Saitteko uutta tietoa nykyiseen tilanteeseen?.....
8. Olisiko lomakkeessa jotain poistettavaa tai lisättävää?.....

Kyllä	Ei	Ei voi arvioida

Haluaisitteko tuoda esille jotain muuta, joka olisi syytä ottaa huomioon?

---



---



---



---

## Liite 2. KOTILOMAKYSELY NEURONIIN

Hyvä kuntoutuja ja omainen!

Teemme kartoitusta, kuinka kotiympäristössä toimiminen onnistuu lomanne aikana. Tällä tavoin saamme arvokasta tietoa siitä, kuinka jatkaa kuntoutusta Neuronissa. Olkaa hyvä ja vastatkaa alla oleviin päivittäisiin toimintoihin niin kattavasti kuin mahdollista. Haluaisimme tietää, mitkä toiminnot sujuvat itsenäisesti ja mihin tarvitaan tukea. Rastittakaa sopiva kohta ja lisätkää huomioitanne tyhjille viivoille. Palauttakaa lomake kotiloman jälkeen toimintaterapeutille.

Kuntoutujan nimi: \_\_\_\_\_

Päivämäärä: \_\_\_\_\_

Kyselyn täyttäjä: \_\_\_\_\_

Kuinka seuraavat toiminnot onnistuivat kotiloman aikana?

1. Kodin piha-alueella liikkuminen (epätasainen maasto, eksyminen)
2. Kotona liikkuminen (kynnykset, matot, huonekalut jne.)
3. Siirtyminen sänkyyn, tuoliin, wc-tiloihin
4. Apuvälineiden käyttö (pyörätuoli, rollaattori, keppi jne.)

Toiminta itsenäistä	Tarvitaan avustusta	On vaikea arvioida

5. Pikkupesut (kädet ja kasvot)
6. Suihkussa käynti
7. Hampaiden hoito


8. Housujen laskeminen / nostaminen ja pyyhkiminen wc-paperilla

--	--	--

9. Lääkkeistä huolehtiminen
10. Vaatteiden pukeminen ja riisuminen
11. Aamupalan ja välipalan valmistus


12. Turvapuhelimen tai puhelimen käyttö (avun hälyttäminen)
13. Ostosten teko


14. Oliko edellä luetelluissa toiminnoissa ongelmia? Jos oli, niin mitä? Esimerkiksi veikö joku toiminta liian paljon aikaa? Oliko toimintoja helppo aloittaa, jatkaa ja viedä loppuun saakka ja unohtuiko jotain olennaista? Oliko toimintojen ymmärtäminen vaikeaa ja tehtiinkö ne oikeassa järjestyksessä tarkoituksenmukaisilla välineillä?

---

---

---

---

---

---

---

---

15. Oliko toiminnoissa jotain muuta asiaa, joka tuotti hankaluuksia ja ei tule ilmi kyselyssä?

---

---

---

---

---

16. Kuvaile tunteiden, tarpeiden ja tahdon ilmaisua sekä mielialaa kotiloman aikana. Löytyikö kotiloman aikana jotain mieluista toimintaa?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

### Liite 3. KOTILOMAKYSELYN OHJE HENKILÖKUNNALLE

Liitteen tarkoituksena on selvittää moniammatillisen työryhmän kaikille jäsenille, mitä asioita kyselyssä kysytään ja kuinka kysymykset ovat muotoutuneet sekä rajattu teorian pohjalta ja toimintaterapeuttien näkökulmasta. Kysymykset on pyritty rajamaan mahdollisimman tiiviiksi ja niiden laadinnassa on ajateltu pääasiassa kotona olemisen ja kotiutumiseen liittyviä välttämättömiä toimintoja. Tähän liitteeseen on lisätty asioita, joita voi ottaa huomioon kuntoutujan osalta niin omaisten kuin henkilökunnan näkökulmasta arkielämän helpottamiseksi ja kuntoutujan omatoimisuuden lisäämiseksi myös jatkokuntoutuksen suunnittelussa.

Taulukossa on yhdistetty ICF-luokitus ja kyselyn sisältämät asiat. Ensimmäinen taulukon osio sisältää lomakkeen kysymyksen. Toinen osio esittää ICF -koodin numeron ja koodin selvityksen. Jokaiseen kysymykseen ei ole ICF-koodia olemassa, vaan sen pohjana on käytetty myös toimintaterapian inhimillisen toiminnan mallia, MOHOa. Kolmas osio sisältää kysymyksen taustan, mitä sillä on haluttu tietää ja mihin kysymys on rajattu

Lomakkeen kysymys	ICF-koodi ja sen sisältö	Kysymyksen tausta-ajatus ja rajaus
1. Kodin piha-alueella liikkuminen.	<i>d 4600 Kotona liikkuminen.</i> Käveleminen ja liikkuminen omassa kodissa, yhdessä huoneessa tai huoneesta toiseen, koko asunnossa tai sen välittömässä läheisyydessä. Sisältää: siirtyminen kerroksesta toiseen, parvekkeelle, pihalle, kuistille tai puutarhaan.	Kuntoutujan kotona selviämisen liikkuen piha-alueella. Kotiutumisessa huomioitava esim. rappuset, hissien puuttuminen., maaston jyrkkyys ja liukkaat pinnat. Kodin ja sen välittömän ympäristön turvallisuus ja itsenäinen selviytyminen tavoitteena. Kuntoutuja voi kotiutua, vaikka ei pystyisi liikkumaan kodin ulkopuolella.
2. Kotona liikkuminen	<i>d 4600 Kotona liikkuminen.</i> Käveleminen ja liikkuminen omassa kodissa, yhdessä huoneessa tai huoneesta toiseen, koko asunnossa tai sen välittömässä läheisyydessä. Sisältää: siirtyminen kerroksesta toiseen, parvekkeelle, pihalle, kuistille tai puutarhaan.	Kuntoutujan kotona selviämisen liikkuen. Sisätiloissa huonekalujen asettelu, kaikeet, liikkumisen esteenä olevat matot ja kynnykset. Kodin turvallisuus ja itsenäinen selviytyminen tavoitteena.
3. Siirtyminen sänkyyn, tuo-	<i>d420 Itsensä siirtäminen.</i> Alustal-	Kotona olemisen ja kotiutu-

liin ja wc-tiloihin.	la tai alustalta toiselle siirtyminen, kuten penkillä liukuminen tai siirtyminen vuoteesta tuoliin kehon asentoa muuttamatta. Sisältää: istuma- ja makuuasennossa siirtyminen <i>d410 Asennon vaihtaminen</i> Asentoon pääsy, asennon vaihtaminen ja liikkuminen paikasta toiseen, kuten siirryttäessä tuolista vuoteeseen, polvistuttaessa tai kyykistyttäessä ja ylösnoustaessa. Sisältää: kehon asennon muutokset makuulta, kyykystä tai polvilta, istumasta tai seisomasta, vartaloa taivuttaen tai siirtämällä kehon painopistettä.	misen kannalta merkittävä kohta wc:ssä ja suihkussa käynnin kannalta. Voi tuoda esille epäkohtia asunnon tilaratkaisuista ja liikkumista estävistä paikoista sekä liikkumiseen liittyviä toiminnan ongelmia.
4. Apuvälineiden käyttö (pyörätuoli, rollaattori, keppi jne).	<i>d465 Liikkuminen välineiden avulla.</i> Liikkuminen paikasta toiseen millaisella pinnalla tai missä tilassa tahansa käyttämällä sellaisia välineitä, jotka on suunniteltu helpottamaan liikkumista tai luomaan muita tapoja liikkumiselle, kuten luistimet, sukset tai sukellusvälineet, tai liikkuminen kadulla pyörätuolin tai kävelytuen avulla.	Voi tuoda esille, pystyykö kuntoutuja käyttämään tarvittavia apuvälineitä kodissa ja piha-alueella sekä esteet niiden käyttämiselle.
5. Pikkupesut (kädet ja kasvot).	<i>d5100 Kehon osien peseminen</i> , kuten käsien, kasvojen, jalkojen, hiusten tai kynsien peseminen käyttäen vettä, saippuaa ja muita aineita.	Perushygieniasta huolehtiminen mahdollisimman itsenäisesti. Huomiointi pesutilan ahtauteen, välineiden ja pesuaineiden saatavuuteen niin, että kuntoutuja yltää ja pystyy käyttämään niitä.
6. Suihkussa käynti.	<i>d510 Peseytyminen.</i> Kehon tai kehonosien peseminen ja kuivaaminen käyttäen vettä ja tarkoituksenmukaisia puhdistus- ja kuivausvälineitä sekä peseytymisen menetelmiä, kuten kylpeminen, suihkussa käynti, käsien, jalkojen, kasvojen ja hiusten peseminen sekä pyyhkeellä kuivaaminen.	Kuntoutujan turvallisuus ja mahdollisimman oma-toiminen suoriutuminen peseytymisessä. Tilan sopivuus esim. ahtaus, liukkaus, pesuvälineiden ja aineiden käyttö sekä pesuveden valinnan huomiointi. Kuntoutujan tasapaino ja liikerajoitukset.
7. Hampaiden hoito.	<i>d5201 Hampaiden hoitaminen.</i> Hampaiden puhtaudesta huolehtiminen, kuten hampaiden harjaus, hammasvälien puhdistus sekä tekohampaiden ja ortoosien hoito.	Perushygienian hoitaminen mahdollisimman omatoimisesti. Tilankäytössä huomioitava ahtaus esim. pyörätuolin mahtuminen lavuaarin lähelle. Välineiden ja aineiden saatavuuden huomiointi.
8. Housujen laskeminen / nostaminen ja pyyhkiminen wc-paperilla.	<i>d5308 WC:ssä käyminen, muu määritetty.</i> Sisältää: Wc-käynnin suunnitteleminen ja toteuttaminen pöntölle istumisen mahdollistamiseksi. <i>d5408 Pukeutuminen, muu määritetty.</i> Sisältää: Alaosan vaatteiden	WC:ssä toimintojen mahdollistaminen mahdollisimman itsenäisesti ja turvallisesti. Huomiointi esim. tasapainon ylläpitämiseen ja yläraajojen toimintakykyyn. Housujen riisuminen ja pukeminen



	<p>riisuminen ja pukeminen wc-toimintojen yhteydessä.  <i>d5308 Wc:ssä käyminen, muu määriteltä.</i> Sisältää: Wc-käynnin yhteydessä kehon jätteaineista siistiytyminen.</p>	<p>vaatteiden vaihdon yhteydessä.  Oman hygienian hoitaminen ja siistiytyminen. Huomiointi esim. yläraajojen toimintakyky ja niiden liikerajoitteet.</p>
9. Lääkkeistä huolehtiminen.	<p><i>d598 Itsestä huolehtiminen, muu määriteltä.</i> Sisältää: Omasta terveydestä huolehtiminen. Lääketieteellisten terveysohjeiden noudattaminen ja terveysriskien välttäminen.</p>	<p>Määrättyjen lääkkeiden ottaminen oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan. Huomiointi esim. lääkkeiden otto purkista, dosetista, riittävä nesteen nauttiminen ja astmalääkkeissä suun / suun ympäryksen huuhtelu.</p>
10. Vaatteiden pukeminen ja riisuminen.	<p><i>d5400 Vaatteiden pukeminen.</i> Koordinoitujen tehtävien suorittaminen kehon eri osien vaatettamiseksi kuten vaatteiden pukeminen pään, käsivarsien ja hartioiden yli sekä ylä- ja alavartalon pukeminen; käsineiden ja päähiheen pukeminen.  <i>d5401 Vaatteiden riisuminen.</i> Koordinoitujen tehtävien suorittaminen vaatteiden riisumiseksi eri osista kehoa, kuten vaatteiden riisuminen pään yli, käsivarsilta ja hartioilta sekä vaatteiden riisuminen ylä- ja alavartalolta; käsineiden ja päähineiden riisuminen. Sisältää: vaatteiden ja jalkineiden pukeminen ja riisuminen sekä vaatetuksen asianmukainen valitseminen.</p>	<p>Kotilomalla kuntoutuja on usein paljon sisällä kotona, joten kohta on haluttu rajata tämän osalta pääasiassa sisävaatteisiin ja kenkien pukeminen / riisuminen on jätetty pois. Huomioitavia asioita voi olla osittainkin pukeutuminen, looginen järjestys pukeutumisessa, likaisen vaatteiden huomaaminen ja vaihtaminen sekä vaatteiden valinta. Mahdollisimman omatoiminen selviäminen tavoitteena.</p>
11. Aamupalan ja välipalan valmistus tarkoituksenmukaisilla välineillä.	<p><i>d6300 Yksinkertaisten aterioiden valmistaminen.</i> Sellaisen aterian järjestäminen, valmistaminen ja tarjoileminen, johon tarvitaan vain vähän valmistusaineita ja jonka valmistus- ja tarjoilumenetelmät ovat yksinkertaisia, kuten välipala tai pienen aterian valmistaminen ja ruoka-aineiden muuttaminen toisenlaisiksi leikkaamalla, sekoittamalla, keittämällä tai lämmittämällä, kuten riisi ja perunat.</p>	<p>Omatoimisuuden mahdollistaminen ja turvallisuus keittiötoiminnoissa. Huomiointi esim. yläraajojen toimimisessa, ruokien esilleottamisessa, loogisessa etenemisessä tarkoituksenmukaisilla välineillä. Esim. kahvinkeitossa keittimen kokoaminen, sopiva kahvinpurujen ja veden määrä, lopuksi virran katkaisu keittimestä.</p>
12. Turvapuhelimen tai puhelimen käyttö.	<p><i>d3600 Telekommunikaatiolaitteiden käyttäminen.</i> Puhelimien ja muiden laitteiden, kuten telefaksin tai telex-laitteiden, käyttäminen kommunikointiin.</p>	<p>Omatoiminen avun pyytäminen ja turvallisuus. Kuntoutuja ei ole kotilomalla täysin itsenäisesti. Jos tarve vaatii hetkellisen täysin itsenäisen selviämisen, avun soittaminen välttämätöntä hätätapa-</p>

		uksessa myös kotiutumisen jälkeen.
13. Ostosten teko.	<i>d6200 Ostosten tekeminen.</i> Päivittäisessä elämässä tarvittavien tavaroiden ja palvelujen hankkiminen rahanvaihtoa vastaan (johon kuuluu toisen henkilön antama neuvonta ja ohjaus ostosten tekemisestä), kuten ruoan, juoman, siivousvälineiden, kotitaloustarvikkeiden ja vaatteiden valitseminen kaupasta tai marketista; tarvittavien esineiden laadun ja hinnan vertaileminen, valituista ostoksista neuvottelemine ja niiden maksaminen sekä niiden kuljettaminen kotiin.	Kotiloman aikana ei välttämättöm toiminto, mutta ostosten teko mahdollinen kuntoutujan tilanteesta riippuen. Kysymys tulee vastaan kotiutumisen jälkeen. Ostokset voi tehdä myös kotoa käsin internetin tai kotihoidon kautta. Haluttu ottaa kyselyyn kuitenkin varsin yleisenä arkipäivän toimintona myös vähemmän oirehtivien kuntoutujien kohdalla.
14. ja 15. Kysymykset tarkoitettu kuntoutujalle ja omaiselle havainnoimisen avuksi kotiloman aikana tapahtuviin toimintoihin. Mahdollisuus syventää tietoa toiminnoista avoimella kysymyksellä.		
16. Kuvailekaa tunteiden, tarpeiden ja tahdon ilmaisua sekä mielialaa kotiloman aikana. Löytyikö kotiloman aikana jotain mieluista toimintaa?	<i>d310 Puhuttujen viestien ymmärtäminen.</i> Puhuttujen viestien suorien ja epäsuorien merkitysten ymmärtäminen, kuten väitteen sisältämän asian tai kielelle ominaisen ilmaisun ymmärtäminen. <i>d330 Puhuminen.</i> Sanojen, lauseiden ja näitä pidempien ilmaisujen esittäminen suoria ja epäsuoria merkityksiä sisältävillä puhutuilla viesteillä, kuten asian ilmaiseminen tai tarinan kertominen suullisesti. <i>d335 Ei-kielellisten viestien tuottaminen.</i> Eleiden, symbolien ja piirrosten käyttäminen viestien välittämiseen, kuten käden heilautus eriävän mielipiteen merkiksi tai kuvan tai käyrän piirtäminen asian tai monimutkaisen ajatuksen välittämiseksi.	Kuntoutujan itseilmaisun huomiointi. Verbaalisen ja non-verbaalisen vuorovaikutuksen toimivuus. Kotona tutussa ympäristössä toimiminen, kun rutiinit eivät onnistu. Esim. turhautuneisuuden tunteet. Roolin muuttaminen kotiympäristössä ja puhevaikeuksien vaikutus ihmissuhteisiin. Kuntoutujan psyykkisen hyvinvoinnin huomiointi. Kuntoutujaa motivoivat toiminnot, jotka voivat olla myös kotilomakyselyssä esiintymättömiä toimintoja esim. harrastuksia tai sosiaalisten suhteiden ylläpitoa.